

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Monika Stránská

**Psychosociální faktory ovlivňující prožívání
rodičů nedonošených dětí**

Psychosocial factors influencing the experience of parents
of premature babies

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Pavla Pavlíková

Praha, 2013

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku psychického prožívání rodičů nedonošených dětí. Teoretická část práce je věnována psychosociálním faktorům – obecné problematice stresu, sociálnímu prostředí resuscitačního oddělení pro novorozence, pocitům a potřebám rodičů, vztahu sestra-rodíč, utváření vztahu rodičů k dítěti, komunikaci a psychické podpoře rodičů. Pro vytvoření komplexního obrazu dané problematiky je věnována samostatná kapitola i předčasnému porodu, nedonošenému novorozenci a onemocněním, které ho díky předčasnému porodu nejvíce ohrožují.

Cílem empirické části bylo zjištění, jaké faktory nejvíce ovlivňují prožívání rodičů nedonošených dětí, jak působí ošetřující tým a prostředí oddělení nedonošených dětí na rodiče. Výzkum byl zaměřen i na zjištění, zda muži a ženy prožívají tuto náročnou životní situaci stejně či nikoliv a jak může ošetřující tým napomoci ke zlepšení psychického stavu rodičů. K realizaci průzkumného šetření byla použita metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku. Výzkumný vzorek tvořilo 43 respondentů. Z výsledků vyplývají jasné rozdíly mezi muži a ženami ve vyrovnávání se s narozením nedonošeného dítěte a v potřebách psychické pomoci. Byly zjištěny rezervy zdravotnických pracovníků v komunikaci.

Klíčová slova:

stres, předčasný porod, nedonošený novorozenec, neonatologie, psychická podpora, vztah matka – dítě, vztah sestra – rodič, komunikace

Abstract:

The thesis is focused on psychological experience of premature newborns parents. The theoretical part deals with psychosociological factors: stress, social environment of a newborn resuscitation department, needs of parents and their emotion, nurse-parent relationship, parent-child relationship development, communication and psychological parent support. To provide a complex view of the problemacy, one single chapter deals with premature birth, premature newborn and illnesses that put the newborn due to the premature birth into major risk.

The empirical part aim were findings concerning: what factors influence the parent experience of newborns most, how an healthcare team and a premature newborns department affect parents. The research was also aimed at finding if men and women experience this demanding life situation the same way or not and how can the healthcare team help to improve the psychological condition of paretns. To implement the researcch a non-standardized questionnaire method was applied. The research sample contained 43 respondents. The findings show clear differencies between men and women concerning settling with a premature birth of a child and in needs of psychological support. There were found reserves on the side of medical workers.

Keywords:

stress, premature birth, premature newborn, neonatology, psychological support, relationship mother – child, relationship nurse – parent, communication

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Psychosociální faktory ovlivňující prožívání rodičů nedonošených dětí vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 28. 3. 2013

Monika Stránská

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Pavle Pavlíkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat respondentům za jejich ochotu a upřímnost při vyplňování dotazníku a také mé rodině za trpělivost a podporu.

Identifikační záznam:

STRÁNSKÁ, Monika. *Psychosociální faktory ovlivňující prožívání rodičů nedonošených dětí. [Psychosocial factors influencing the experience of parents of premature babies]*. Praha, 2013. 83 s., 9 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Pavlíková, Pavla.

Obsah

Úvod	9
I. Teoretická část	
1 Předčasný porod	10
1. 1 Definice, příčiny předčasného porodu	10
1. 2 Terapie předčasného porodu	11
2 Nedonošený novorozenec	
2. 1 Anatomické a fyziologické zvláštnosti nedonošeného dítěte	12
2. 2 Funkční známky nezralosti	12
2. 3 Porod nedonošeného dítěte	14
2. 4 Zajištění vhodného prostředí a komfortu nedonošeného dítěte	15
2. 5 Onemocnění ovlivňující kvalitu života nedonošených dětí	17
3 Prostředí resuscitačního oddělení pro novorozence	19
4 Prožívání rodičů předčasně narozených dětí	
4. 1 Pocity rodičů	20
4. 2 Potřeby rodičů	23
5 Stres a jeho mechanismy	
5. 1 Stresový syndrom	24
5. 2 Neurofyziologie stresu	25
5. 3 Příznaky a důsledky stresu	26
5. 4 Zvládání stresu	27
6 Vytváření vztahové vazby matka (rodič) – dítě	
6. 1 Bonding	29
6. 2 Typy vztahové vazby	30
6. 3 Způsoby kontaktu rodičů s dítětem na JIP	31
7 Podpora rodičů	
7. 1 Vztah sestra (lékař) – rodič	33
7. 2 Komunikace s rodiči	34
7. 3 Podpora rodičů umírajícího dítěte	35
7. 4 Organizace pomáhající rodičům předčasně narozených dětí	36

II. Empirická část

8 Empirické šetření

8. 1 Cíle empirického šetření	38
8. 2 Použité metody empirického šetření	38
8. 3 Organizace a průběh empirického šetření	40
8. 4 Charakteristika výzkumného vzorku	41
8. 5 Analýza a interpretace zjištěných výsledků	43
8. 6 Shrnutí výsledků empirického šetření	67

9 Diskuse	70
------------------------	----

III. Závěr, Návrhy pro praxi	74
---	----

Seznam použitých informačních zdrojů	76
---	----

Seznam zkratk	80
----------------------------	----

Seznam tabulek a grafů	81
-------------------------------------	----

Seznam příloh	83
----------------------------	----

Přílohy

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

ÚVOD

„Vážít si života znamená uctívat sebe i druhé.“

neznámý autor

Každý rok se v České republice narodí zhruba 7500 nedonošených dětí, z toho asi 1500 dětí s velmi nízkou porodní hmotností. Předčasné narození dítěte je pro rodiče velmi náročná životní situace. Během několika hodin se jim zásadně změní život. Radostné očekávání příchodu dítěte na svět vystřídá strach o život narozeného dítěte. Péče o nedonošené dítě je v České republice na vysoké úrovni srovnatelné s nejvyspělejšími státy světa, bohužel stále málo se zabýváme péčí o rodiče.

Již více než deset let pracuji jako dětská sestra pro intenzivní péči v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze a toto téma se mě velmi blízce dotýká. Během posledních deseti, patnácti let došlo v oblasti neonatologie k obrovským pokrokům. Česká republika patří mezi země s nejnižší novorozeneckou mortalitou, velmi často se daří zachraňovat i extrémně nezralé novorozence. Uvědomuji si ale, že pozornost je zaměřena hlavně na malé pacienty, a že stále málo víme o pocitech rodičů, kteří mají děti hospitalizované na resuscitačním oddělení dlouhé týdny.

Předčasný porod dítěte je situace, na kterou není a ani nemůže být žádný rodič připraven. Mezi matkou a dítětem došlo k náhlému a nečekanému přerušení kontaktu. Vzhledem k závažnému zdravotnímu stavu je dítě umístěno na jednotce resuscitační péče a nemůže být s matkou. Dochází k narušení interakce rodič – dítě, což má vliv na celý vývoj jejich vzájemného vztahu.

Cílem bakalářské práce je zaměření pozornosti na prožívání rodičů, kterým se narodilo dítě předčasně. Mou snahou bude více proniknout do pocitů rodičů a lépe je pochopit. Zaměřím se na zjištění, co nejvíce ovlivňuje prožívání rodičů nedonošených dětí, jak vnímají prostředí oddělení nedonošených dětí, jak jsou spokojeni s komunikací a jak bychom mohli my zdravotníci přispět k tomu, aby toto nelehké období lépe zvládali.

Zjištěné poznatky bych chtěla dále využít na resuscitačním oddělení pro novorozence v Ústavu pro péči o matku a dítě k lepšímu pochopení a porozumění rodičům a ke zkvalitnění péče o rodiče předčasně narozených dětí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Předčasný porod

1. 1 Definice, příčiny předčasného porodu

Podle definice Světové zdravotnické organizace je předčasný porod definován jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří, tj. méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Dolní hranice viability plodu je v České republice stanovena na ukončený 24. týden těhotenství. Předčasný porod je příčinou mnoha perinatálních komplikací a až v 80 % příčinou novorozenecké úmrtnosti. (Roztočil 2008, Koterová 2008)

Rozlišují se tři stádia předčasného porodu. Nejlehčí formou je hrozící předčasný porod (*partus praematurus imminens*), kdy žena má bolestivé tlaky v podbřišku, ale porodní cesty ještě nejsou otevřené. Tento stav se může při adekvátní léčbě zastavit. Závažnějším stavem je počínající předčasný porod (*partus praematurus incipiens*). V této fázi jsou porodní cesty již částečně otevřené, žena pociťuje kontrakce, které stále zesilují a pokud se nepodaří kontrakce zastavit, vede tento stav k porodu. Nezvratným stavem je předčasný porod v chodu (*partus praematurus in cursu*), kdy je již otevřená děložní branka, plod vstupuje do porodních cest a žena pociťuje silné pravidelné kontrakce. Vždy končí porodem. (Slezáková 2011)

V 50 % případů není příčina předčasného porodu vůbec odhalena. K nejčastějším známým příčinám předčasného porodu patří především urogenitální infekce, kdy infekce přestoupí ascendentní cestou z hrdla děložního na plodové vejce. Nejčastější infekce vyvolávající porod jsou chlamydiové infekce, trichomoniáza a bakteriální vaginóza. Další častou příčinou je celkové onemocnění matky, především srdeční onemocnění a endokrinní onemocnění (dysfunkce štítné žlázy, diabetes mellitus), hypertenzní a renální onemocnění těhotné ženy – zejména preeklampsie, eklampsie a HELLP syndrom. Mezi další rizika ze strany matky patří abúzus alkoholu a drog, kouření, věk matky – vyšší než 35 let nebo naopak nižší než 18 let, primigravidita nebo multiparita, nízký body mass index (BMI) – pod 20 %, stres při prožívání nepříznivé životní události a těžká fyzická práce. K předčasnému porodu vedou i vývojové odchylky dělohy (hypoplazie, uterus subseptus, arcuatus, didelphys), myomatózní děloha, vývojové vady plodu, inkompetence

děložního hrdla, oligohydramnion vedoucí k intrauterinní růstové retardaci plodu, nadměrné rozepjetí dělohy při polyhydramniu nebo vícečetném těhotenství, abrupce placenty, nedostatečná funkce placenty a další. (McGuire 2009, Roztočil 2008)

1. 2 Terapie předčasného porodu

Pokud hrozí předčasný porod, žena musí být hospitalizována. Je velmi důležité zjistit, zda je předčasný porod ve fázi, kdy ho lze ještě léčebným opatřením zastavit, nebo již je tak rozběhlý, že je nutné připravit podmínky pro porod nedonošeného dítěte. K tomuto účelu slouží Baumgartenovo skóre, které body 0 – 4 hodnotí, zda jsou přítomny kontrakce, krvácení, zda došlo k odtoku plodové vody a dilataci hrdla, viz Příloha C. Je-li počet bodů menší nebo roven 5, je ještě šance tento stav zastavit a dále těhotenství udržet. Ženě je naordinován klid na lůžku, při inkompetenci děložního hrdla Trendelenbugrova poloha, kdy pacientka leží na zádech a hlavu má níž než pánev. Pokud dojde k předčasnému odtoku plodové vody, žena dostane antibiotika jako prevenci vzniku intraamniální infekce. Při výskytu děložních kontrakcí, kdy dochází ke změnám v nálezů na děložním hrdle (cervix skóre), jsou indikována tokolytika. Tokolytika jsou léky tlumící nebo zastavující děložní činnost, nejčastěji jsou používány beta-2-sympatomimetika (Salbutamol, Partusisten, Gynipral), magnesium sulfuricum, blokátory kalciového kanálu a progesteronové preparáty. Cerclage, obšití děložního hrdla stehem, se provádí při inkompetenci hrdla mezi 12. a 26. gestačním týdnem. (Roztočil 2008)

2 Nedonošený novorozenec

2. 1 Anatomické a fyziologické zvláštnosti nedonošeného dítěte

K lepšímu pochopení situace rodičů, kterým se narodilo dítě předčasně, je třeba popsat, jak nedonošené dítě vypadá. Nikdo, kdo se s nedonošeným dítětem nikdy nesetkal, si neumí představit, s jakými pocity se rodiče jdou na své dítě poprvé podívat. Vždycky kolem sebe viděli jen děti dobře živěné, růžové a aktivně se pohybující a najednou oni sami mají miminko malinké, červené a hubené.

Mezi anatomické známky nezralosti patří užší a plošší hrudník, neznatelná pigmentace bradavek. Pupečník bývá silný, rosolovitý, úpon pupečníku je blíže k symfýze. Nezralí chlapci nemají varlata sestouplá v šourku, u dívek labia majora nepřesahují labia minora a vulva zeje. Kůže je červená, tenká, krytá lanugem, chybí podkožní tuk a mázek. Nehty jsou měkké a nepřesahují konce prstů, chybí rýhování na dlaních a ploskách nohou. Ušní boltce mají nevyvinutou chrupavku. U extrémně nedonošených novorozenců nelze rozlepit oční víčka. Lebeční kosti jsou pružné, břišní stěna je chabá a dochází k diastáze přímých břišních svalů. (Fendrychová a Borek 2012)

2. 2 Funkční známky nezralosti

Nezralost se samozřejmě projevuje i ve všech tělesných systémech. Ihned po porodu je novorozenec ohrožen především *nezralostí respiračního systému a termoregulačního centra*. Až do konce 33. gestačního týdne nemá v plicích dostatek surfaktantu, látky produkované pneumocyty II. typu, která snižuje povrchové napětí a brání kolapsu alveolů při výdechu. Alveoly tak po každém výdechu kolabují a novorozenec musí při každém nádechu vyvinout úsilí jako při prvním vdechu po narození. Během několika minut až hodin se při neléčení rozvíjí respirační insuficience, neboli *syndrom respirační tísně (RDS)*. Projevuje dušností, gruntingem, alárním souhybem, vtahováním sternu, jugula a mezižeberních prostor až apnoickými pauzami. Platí přímá úměra, že čím je dítě nezralejší, tím je těžší průběh RDS. Lehká respirační insuficience se řeší podporou dýchání nasálním CPAPem (continuous positive airway pressure). V tomto případě dítě dýchá samo, má v nose krátké nostrily nebo přes nos přiloženou nasální masku a pozitivním přetlakem je do dýchacích cest vpouštěn vzduch

nebo kyslík o určité koncentraci a tím pomáhá udržovat rozepjaté alveoly. Při větší nezralosti respiračního systému je nutné provést intubaci a zahájit umělou plicní ventilaci konvenčními nebo nekonvenčními způsoby. Extrémně nezralým novorozencům je nutné dodat chybějící surfaktant přímo do plic. O způsobu léčby vždy rozhoduje lékař. V současné době se u nedonošených novorozenců preferuje okamžité zahájení distenční terapie nasálním CPAPem ihned po porodu, a při rozvoji dechové tísně v prvních hodinách života postup „INSURE“ (intubace-surfaktant-extubace).

Z důvodu chybění podkožního tuku a nedostatečné termogeneze a termoregulace je novorozenec ohrožen podchlazením nebo přehřátím. Ke změnám tělesné teploty u nedonošeného dítěte dochází velmi rychle, proto je potřeba již hned po narození bránit ztrátám tepla, co nejdříve ho umístit do vyhřátého inkubátoru a často kontrolovat tělesnou teplotu.

Gastrointestinální systém – objevují se problémy s příjmem a tolerancí stravy, nedonošený novorozenec není schopen sát nebo koordinovat sání a polykání, má nezralý jícnový svěrač, malou produkci trávicích šťáv, střevních enzymů a sníženou motilitu střev. Je nutné ho krmit nasogastrickou sondou přímo do žaludku, velmi opatrně zvyšovat dávky stravy, kontrolovat residua a pravidelný odchod stolice. Mateřské mléko se začíná podávat co nejdříve po stabilizaci stavu dítěte, začíná se s dávkou 1 – 5 ml podle porodní váhy dítěte. Dostatečný energetický příjem je zajištěn parenterální výživou.

Imunitní systém – nedonošení novorozenci jsou velmi ohroženi infekcí, která má často septický charakter a dítě přímo ohrožuje na životě. Důležitá je především prevence, řádné mytí a dezinfekce rukou před a po každé manipulaci s dítětem, přísné dodržování aseptických postupů při kanylaci invazivních vstupů, kontrola invazivních vstupů a sledování případných projevů infekce – bariérový systém ošetřování.

Hematopoetický systém – zvýšená náchylnost ke krvácení díky nedostatku protrombinu a vitamínu K v tlustém střevě a nezralosti jater, kde se tvoří koagulační faktory. Rozvoj anémie z důvodu urychleného rozpadu erytrocytů a přechodně snížené krvetvorby.

Vnitřní prostředí – dochází k častým poruchám vodního a iontového hospodářství, především ve smyslu dehydratace, hypokalcémie a hypoglykémie, dále k poruchám acidobazické rovnováhy – acidóze, alkalóze. U novorozence je nutné měřit bilanci tekutin a pravidelně vyšetřovat vnitřní prostředí.

Kardiovaskulární systém – sklon k hypotenzi z důvodu nezralosti adrenální hormonální odpovědi na stresovou reakci.

Nervový systém – nezralost vede k inkoordinaci sání a polykání, k apnoickým pauzám, hypotonii, záškubům nebo křečím.

Kůže – velké riziko poškození krytu kůže pro její křehkost a chybění podkožního tuku. Velmi důležité je pravidelné polohování dítěte, používání antidekubitálních pomůcek, šetrné lepení, časté měnění saturačního čidla. (Fendrychová a Borek 2012)

2. 3 Porod nedonošeného dítěte

Ročně se v České republice narodí asi 1000 dětí s porodní hmotností pod 1500g, z toho asi 400 dětí má porodní hmotnost nižší než 1000g. V posledních letech je snahou vést předčasné porody v perinatologických centrech intenzivní péče, kde je adekvátní personální, materiální a technické vybavení a naděje nejen na přežití, ale i na minimalizaci následků je podstatně vyšší. V současné době existuje v celé České republice 12 perinatologických center – 3 jsou v Praze (Ústav pro péči o matku a dítě, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, FN Motol), další v Brně, Českých Budějovicích, Hradci Králové, Olomouci, Ostravě, Plzni, Ústí nad Labem, Mostě a ve Zlíně. Pokud předčasnému porodu již nelze zabránit, je žena převezena do perinatologického centra – jedná se o tzv. transport „in utero“ a zde se připravuje na porod. Kvůli riziku infekce jsou jí aplikována antibiotika. Pokud je dítě mladší 33. týdnu, dostává žena po dobu 48 hodin tokolytika tlumící děložní činnost, aby se získal čas pro podání kortikoidů na urychlení vyžrávání plic plodu. (Slezáková 2011)

Porod je veden tak, aby byl pro nedonošeného novorozence co nejšetrnější. Nezralá hlavička je velmi citlivá k nadměrné děložní činnosti. Z důvodu možného porodního traumatu se proto častěji se provádí císařský řez. Císařský řez je také indikován při hrožící hypoxii plodu a vícečetném těhotenství. Pokud je porod vedený vaginálně, je vhodné zachovat co nejdéle vak blan a provést větší episiotomii. (Slezáková 2011, Koterová 2008)

Podle porodní hmotnosti se rozlišují 4 kategorie předčasně narozených novorozenců: *novorozenci nízké porodní hmotnosti*, tj. 2499 – 1500g (low birth weight infant – LBW), *novorozenci velmi nízké porodní hmotnosti*, tj. 1499 – 1000g (very low

birth weight infant – VLBW), *novorozenci extrémně nízké porodní hmotnosti*, 999 – 500g (extremely low birth weight infant – ELBW) a *novorozenci neuvěřitelně nízké porodní hmotnosti* (incredible low birth weight infant – ILBW) s hmotností 499g a méně. (Roztočil 2008)

Ihned po porodu si dítě přebírá neonatolog, který ho přenáší na vyhřívané lůžko na dětský box. Dítě narozené před 30. týdnem těhotenství se okamžitě balí do speciální igelitové fólie, která zabraňuje ztrátám tepla. Sestra i lékař pracují souběžně, rychle, šetrně tak, aby dítě bylo co nejméně traumatizováno. Sestra dítě napojí na pulsní oxymetr, přiloží svorku na pupeční pahýl, v případě potřeby odsaje z horních cest dýchacích a ze žaludku nebo provádí taktilní stimulaci. Lékař dítě vyšetří, poslechne fonendoskopem a zhodnotí Apgar skóre, viz Příloha D. Podle stavu dítěte eventuelně přiloží masku odpovídající velikosti přes nos a ústa novorozence a provede vdechy Neopuffem. Neopuff je resuscitátor určený pro resuscitaci novorozenců, jeho výhodou je, že se dá podle hmotnosti dítěte nastavit maximální inspirační tlak a regulovat průtok plynů, takže dochází k šetrné a přesně řízené resuscitaci. Při těžké bradykardii a cyanóze lékař dítě zaintubuje endotracheální kanylou. Pokud to zdravotní stav dovolí, dítě se zváží, změří a ihned se uloží do vyhřívaného transportního inkubátoru, napojí na ventilaci a převezde na oddělení resuscitační péče.

V rámci prvního ošetření na oddělení se dítě napojí na ventilátor, monitor, provedou se vstupní stěry, kredeizace očí Ophtalmo-Septonexem jako prevence gonokokové infekce a aplikuje se Kanavit jako prevence krvácivé nemoci novorozenců. (Fendrychová a Borek 2012)

2. 4 Zajištění vhodného prostředí a komfortu nedonošeného dítěte

Porodem dochází k zásadní změně prostředí. Dítě, které bylo v děloze zvyklé na stálou teplotu prostředí a plodovou vodou bylo chráněno před hlukem, světlem a prudkými pohyby, je náhle vystaveno mnoha nepříjemným podnětům.

Novým prostředím se pro nedonošené děti stává na mnoho týdnů inkubátor. Inkubátor zajišťuje termoneutralitu prostředí cirkulací zahřátého a zvlhčeného vzduchu. Hodnoty teploty a zvlhčení v inkubátoru se nastavují podle hmotnosti a stáří dítěte tak, aby se udržovalo konstantní prostředí a metabolická produkce tepla dítěte byla redukována na

minimum. Dítě je uloženo na antidekubitální podložku, je nahé, oblečené pouze v jednorázových plenách. (Fendrychová a Borek 2012)

Na resuscitačním oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí byly dětskou sestrou vyvinuty a následně také certifikovány polohovací pomůcky pro nedonošené děti – pelíšky Neobed, které se začínají používat také v jiných neonatologických centrech. Pelíšek Neobed výrazně zvyšuje komfort nedonošeného dítěte, které je uloženo na „dělohu“ – základní podložku se zvýšeným okrajem a zabaleno v „ručičkách“. Tím jsou dítěti vymezeny hranice prostoru, vnímá hranice svého těla a je navozen větší pocit jistoty a bezpečí. Dochází k redukci stresu dítěte z nového prostředí, viz Příloha E. V neposlední řadě slouží také pro polohování dítěte na boky a břicho. (Řežábková 2012)

Je nutné pamatovat na to, že inkubátor není zvukotěsný a že i nedonošené dítě má již vyvinutý sluch, který se může přílišným hlukem poškodit. Dítě je vystavováno určité intenzitě zvuku již samotným chodem inkubátoru a průtokem plynů ve ventilátoru, je tedy snahou minimalizovat hluk z okolí. Sestry pracující na jednotce intenzivní péče pro nedonošené děti jsou vyškoleny v tom, že nesmí pokládat žádné předměty na inkubátor, opatrně zavírají okénka od inkubátoru, vypínají zvukové alarmy na monitorech a na boxu mluví tiše. Také světlo působí na nedonošené děti velmi negativně. Dítě, které je vystavené neustálému zdroji světla, nemůže kvalitně spát a nachází se pouze v polospánku. Nekvalitní spánek nepřináší dostatečný odpočinek pro jeho zdravý vývoj. Z těchto důvodů se inkubátor překrývá tmavou dekou nebo přehozem a při práci v noci používají lampy se stínidlem. Na hluk a ostré světlo dítě reaguje úlekem, nekoordinovanými pohyby, zrychlením dechu a srdeční činnosti nebo poklesem oxygenace krve.

Při manipulaci s dítětem je snahou spojit co nejvíce výkonů do jednoho ošetrovatelského celku, manipulovat s ním šetrně, respektovat rytmus bdění – spánek a pravidelně ho polohovat, aby došlo k provzdušnění všech částí plic. Velmi žádoucí je pravidelný a časný dotyk rodičů a také klokánkování – kangarooing. Dítě je při této metodě položeno na obnaženou hrud' matky nebo otce, slyší tlukot jejich srdce, cítí jejich vůni a dochází ke snížení hladiny stresových hormonů a k celkovému zklidnění dítěte. (Fendrychová a Borek 2012)

2. 5 Onemocnění ovlivňující kvalitu života nedonošených dětí

Fyziologická délka těhotenství činí průměrně 40 týdnů. Je to doba, která je potřebná k úplnému vyvinutí všech systémů organismu novorozence. Většina důležitých orgánů je však schopna samostatně fungovat již od šestého měsíce těhotenství. Dítě, které se narodí předčasně, je tedy schopné s pomocí lékařů přežít, je ale ohroženo řadou rizik, které mohou ovlivnit kvalitu jeho budoucího života. Cílem neonatologické péče je nejen přežití těžce a extrémně nezralých novorozenců, ale i dosažení co nejvyšší kvality života. V současné době i přes stále vzrůstající incidenci těžce nezralých novorozenců nestoupá jejich mortalita ani morbidita. Z výzkumů vyplývá, že u dětí pod 1000 gramů porodní hmotnosti je dvou letech života těžce postiženo méně než 20 % dětí (dětská mozková obrna, mentální retardace, slepota), 20 % dětí je postiženo lehce (lehká mozková dysfunkce, poruchy zraku) a 60 % dětí je bez jakéhokoliv postižení.

Nejčastějším onemocněním je *bronchopulmonální dysplazie (BPD)*. Bronchopulmonální dysplazie je chronické onemocnění plic, které vzniká poškozením plic v důsledku extrémní nezralosti plicní tkáně nebo dlouhodobé umělé plicní ventilace. Riziko BPD stoupá s klesající hmotností a gestačním týdnem. Různý stupeň BPD se vyskytuje u více než 80 % dětí s hmotností pod 700 gramů. Při BPD dochází k funkčním změnám v dýchacích cestách – k přestavbě epitelu bronchů a bronchiolů, hypertrofii hladké svaloviny a submukózních žláz, ke vzniku atelektatických a emfyzematózních ložisek, zmnožení okolního intersticia a vzniku zánětu. Následkem těchto změn dochází v dýchacích cestách ke zvýšení jejich odporu (rezistence) a ke zhoršení compliance plicního parenchymu. Děti je velmi obtížné odpojit od ventilátoru, a i potom přetrvává týdny závislost na kyslíku. Po propuštění může u části dětí během prvního roku života docházet k projevům respiračního dyskomfortu, k tzv. asthma-like symptomům. Dochází k bronchiální obstrukci a zvýšenému dechovému úsilí. Tyto symptomy vznikají při akutním respiračním infektu, zvýšené fyzické zátěži nebo při zvyšování perorálního příjmu. Ve svém důsledku vedou k malnutrici, vzniku gastroesofageálního reflexu a možným aspiracím. Při progresi obtíží je třeba dítě hospitalizovat a podávat mu inhalačně kortikosteroidy. Během prvního roku života dochází u části dětí ke spontánní úpravě obtíží, u části dětí je riziko rozvoje astma bronchiale.

Další velmi obávanou komplikací je vznik *intrakraniálního krvácení*. U nedonošených dětí je typickou lokalizací krvácení do postranních mozkových komor (intracerebrální krvácení) nebo do oblasti bílé hmoty v těsném okolí postranních mozkových komor (periventrikulární krvácení). V případě předčasně narozených dětí se téměř vždy jedná o netraumatické krvácení, nejčastěji do germinální matrix, tkáně obklopující mozkové komory. Příčinou krvácení je nezralost cévního zásobení mozku, kdy v důsledku kolísání průtoku, tlaku a objemu krve v mozku dochází k ruptuře kapilár v germinální matrix. Prognóza závisí na stupni krvácení. Malé intraventrikulární krvácení 1. a 2. stupně se většinou obejde bez následků. Těžké krvácení 3. a 4. stupně vede až v 50 % k úmrtí novorozence, nebo ke vzniku posthemoragického hydrocefalu. Při hydrocefalu dochází k hromadění mozkomíšního moku v mozku, rozšiřování mozkových komor, zvětšování obvodu hlavičky a růstu nitrolebního tlaku. Stav se řeší nejčastěji zavedením ventrikulo-peritoneálního shuntu, kdy likvor odtéká do dutiny břišní a vstřebává se peritoneem. Následkem intrakraniálního krvácení mohou být také ischemické změny bílé hmoty mozkové tkáně – periventrikulární leukomalacie. V konečném důsledku tyto stavy vedou k různě závažnému neurologickému postižení charakteru dětské mozkové obrny (poruchy motoriky, mentální deficit, poškození zraku, poruchy kognitivních funkcí). Nutné jsou pravidelné neurologické kontroly a rehabilitace.

Nekrotizující enterokolitida (NEC) je závažné, život ohrožující onemocnění trávicího traktu, vyskytující se téměř výhradně u nedonošených novorozenců s hmotností pod 1500 gramů. Nejčastěji vzniká za několik dní po zahájení perorálního příjmu stravy. Příčinou je porušení střevní sliznice v důsledku hypoxie a průniku bakterií do stěny střevní. Dochází k ulcerujícímu, nekrotizujícímu zánětu střeva. Léčí se v první řadě konzervativně – vysazením stravy, zahájením totální parenterální výživy a aplikací širokospektrých antibiotik. Pokud dojde k perforaci střeva, je nutná okamžitá chirurgická operace, kdy se provede resekce nekrotického střeva a anastomóza obou konců nebo vyvedení stomie.

Dalším onemocněním, které může výrazně ovlivnit život nedonošeného dítěte, je *retinopatie nedonošených (ROP)*. Při ROP je postižen vývoj sítnice, příčinou je dlouhodobé podávání vyšších koncentrací kyslíku nebo náhlé změny koncentrace kyslíku. Dochází k vazokonstrikci a postupnému zániku vytvořených cév sítnice, zástavě novotvorby cév a posléze k nadměrnému růstu nekvalitních cév. Výsledkem může být až

odchlípení sítnice, které vede k slepotě. Podle charakteru změn na sítnici se rozlišuje 5 stupňů ROP. První a druhý stupeň nevyžaduje léčbu. Pokud onemocnění progreduje do třetího stádia, řeší se kryoterapií nebo laserovou koagulací sítnice. I po zastavení retinopatie však zůstává celoživotní riziko odchlípení sítnice. U dětí s retinopatií se vyskytuje více zrakových vad v pozdějším věku, např. krátkozrakost, tupozrakost, šilhání. (Fendrychová a Borek 2012, Brodsky a Oullette 2008, Cabrnachová a kol. 2007)

3 Prostředí resuscitačního oddělení pro novorozence

Vzhledem k tomu, že průzkumná sonda bude realizována na resuscitačním oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí (ÚPMD), chtěla bych v rámci této kapitoly přiblížit prostředí resuscitačního oddělení.

Ústav pro péči o matku a dítě je jedním z významných perinatologických center s celosvětovou úrovní. Jako jediné v České republice spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací v oblasti perinatální medicíny a lidské reprodukce. V roce 2012 zde bylo otevřeno nové vysoce specializované pracoviště pro rizikové a předčasně narozené novorozence a jako jediné centrum ve střední Evropě se zde budou v nejbližší době operovat ještě nenarozené děti v těle matky. Resuscitační oddělení disponuje 16 lůžky určenými pro novorozence velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti, pro novorozence kriticky nemocné se selhávajícími vitálními funkcemi a novorozence s vrozenou vývojovou vadou (www.upmd.cz).

Každé místo je vybaveno inkubátorem pro nedonošené novorozence, ventilátorem, přívody plynů (kyslík, vzduch) a odsávání, monitorem na sledování všech vitálních funkcí a několika infuzními pumpami, viz Příloha F. Provádí se zde mimo jiné také nekonvenční způsoby ventilace, inhalace oxidu dusnatého, řízená hypotermie a v neposlední řadě chirurgické operační výkony. ÚPMD je centrem, kde se sdružují a operují děti s vrozenou brániční kýlou. Operace se provádějí na operačním boxu, který je od ostatních lůžek oddělen.

Snahou pracoviště je vytvořit rodičům na oddělení zázemí, proto zde pro ně byla vyčleněna denní místnost. Zde mohou rodiče během dne odpočívat, matky odstříkávat

mateřské mléko, setkávat se s ostatními rodiči, kteří mají miminko také na resuscitačním oddělení. Jsou tu fotografie dětí, povzbuzující příběhy a vzkazy od rodičů, kteří si tímto obdobím také prošli.

Maminka holčičky narozené ve 26. týdnu popisovala oddělení a první kontakt s dítětem takto: „ARO. Je tady strašné horko! Skleník. Všude to houká a bliká. Podlamují se mi kolena... „Dobrý den,“ říká sestřička, „tak tohle je vaše Markétka...“ Nejsem schopná promluvit. Sestřička se mě snaží uklidnit, že to bude dobré a že se má malička k světu. Já ale přece pláču radostí! Ta je KRÁSNÁ!“ (Dokoupilová 2009, s. 60)

4 Prožívání rodičů předčasně narozených dětí

4. 1 Pocity rodičů

Předčasné narození dítěte je pro rodiče velmi náročná a stresová situace, která přichází často nečekaně. Pokud k předčasnému porodu dojde náhle, rodiče se nestihnou na situaci připravit. Cítí se zaskočení a první reakcí je přání se z tohoto zlého snu probudit. Během těhotenství se na své dítě těšili, představovali si, jak asi bude vypadat a jaké to po porodu s dítětem doma bude a najednou je všechno jinak. Místo radosti a štěstí z příchodu dítěte na svět prožívají strach o život novorozence. V prvních chvílích často vůbec nechtějí přijmout fakt, že se dítě narodilo o několik týdnů dříve, jsou nejistí, zoufalí a plní obav o své dítě. Hledají odpověď na otázku, proč právě jim se narodilo dítě tak brzy. Některé matky mají pocity viny nebo selhání, že nedokázaly dítě donosit a stále se sami sebe ptají, zda nemohly předčasnému porodu zabránit. Trápí se tím, jak se na ně bude dívat nejbližší okolí, co řeknou babičkám a dědečkům. (Dokoupilová 2009)

Krátce po porodu zůstanou rodiče na porodním sále sami, bez svého dítěte, pouze se svým strachem, zoufalstvím a obavami. Zvláště matky, které nemohou ihned po porodu navštívit své dítě a jsou odkázány pouze na informace od pediatra, zažívají pocity nejistoty, bezmoci a deprese. Psychika žen je navíc velmi ovlivněna únavou, fyzickou vyčerpaností a hormonálními změnami souvisejícími s porodem. Hlavou se jim honí nekonečně mnoho otázek. Jak asi vypadá? Žije? Nechybí mu něco? V naprosté většině případů jsou to otcové, kdo dítě vidí jako první. Přináší pak první zprávy o dítěti matce,

kteřa často až po tomto ujištění uvěří, že jejich dítě žije. (Ratislavová 2008, Dokoupilová 2009)

Rodiče netuší, co je v nejbližší době čeká, jaké má jejich dítě šance nejen na přežití, ale i na plnohodnotný život. Potřebují oporu, kterou hledají právě u zdravotníků. Bohužel i přes veškerý pokrok v neonatologii jim není schopen žádný lékař dopředu říci, jak se bude zdravotní stav dítěte vyvíjet a jestli bude mít nějaké celoživotní následky.

Často zažívají pocity zklamání z toho, že všechno je jinak, než si představovali. Matky se cítí provinile kvůli tomu, že nejsou šťastné, že se staly matkami nebo prostě proto, že necítí být matkami. Také otcové to nemají jednoduché. Jednak se od nich očekává, že budou oporou matce, jednak oni sami mají o dítě strach. Často se musí také starat o staršího sourozence, chodit do práce a živit celou rodinu.

Pocity prožívání předčasného porodu citlivě popisuje kniha Sobotkové a Dittrichové: Narodilo se s problémy, a co bude dál? Autorky knihy vytvořily 5 dlouhodobých studií zaměřených na rodiny předčasně narozených dětí. Matky zde popisují, jak prožívaly příchod dítěte na svět, o cestě hledání, vzájemné komunikaci a překonávání tohoto nelehkého období. Za všechny bych chtěla citovat matku dítěte narozeného ve 25. týdnu těhotenství: „Kdo neviděl nedonošené dítě, nemá představu, co uvidí. A to naše Janička vypadala dobře, měla krásnou barvu, kulatou hlavičku, jenom byla malinká, drobná a vypadala jako stažený králíček. K tomu spousta hadiček a inkubátor. Sestřička, která se o Janu starala, mi řekla, že si ji smím pohladit. Hladila jsem ji a honilo se mi hlavou: Tady leží moje dítě a já k ní nic necítím, jak je to jenom možné?“ (Sobotková a Dittrichová 2009, s. 43)

Mít předčasně narozené dítě je pro rodiče velmi stresující. Jen těžko se vyrovnávají se skutečností, že jejich dítě je na jednotce intenzivní péče, obklopené mnoha přístroji, bez kterých by nemohlo žít, a že musí podstupovat spoustu léčebných a často nepříjemných procedur. Pocity smutku, stresu a zmatenosti jsou v takovéto situaci zcela normální. Díky tomu, že rodiče byli ihned po porodu od dítěte odděleni, se někdy může komplikovaně vyvíjet vztah mezi rodiči a dítětem a rodiče pak mohou mít pocit, že dítě ani nemají nebo není jejich. U některých rodičů lze dokonce pozorovat přechodné ochabnutí lásky k dítěti. Zjištění, že k dítěti nic necítí, je pro rodiče velmi bolestivé. Je třeba jim dát najevo, že i tyto reakce jsou normální a časem se upraví. Příčinou bývá

veliký strach o život dítěte, na jehož obranu reaguje organismus anticipačním žalem. Žal pomáhá snižovat bolest, kterou rodiče cítí a emocionálně je připravuje na případnou ztrátu dítěte. Se zlepšujícím se zdravotním stavem a častějším kontaktem s dítětem tyto pocity většinou samy odezní a rodiče opět začnou své dítě milovat.

Velmi těžkým okamžikem je propuštění matky z nemocnice. Mnoho matek trpí pocity smutku z odloučení, z toho, že nemohou být neustále se svým dítětem. Díky separaci od dítěte mají pocity úzkosti, protože neví, co se s jejich dítětem děje. Rodiče také mívají strach z toho, že jejich nedonošené dítě nepozná, že jsou jeho rodiči. Bylo však dokázáno, že tato obava je zbytečná, dítě zcela bezpečně rozezná hlas matky od hlasů lékařů a sester. Podle hlasu také pozná, že matka je ta osoba, která mu přináší útěchu, pocit jistoty, bezpečí, příjemné pocity a doteky. (Přikrylová 2011)

Každodenní dojíždění za dítětem, často i mnoho kilometrů, vede k pocitům únavy a vyčerpanosti. Vyčerpání je přirozenou reakcí organismu na velký stres. Dny se scvrkly na pravidelné odstříkávání, cestu za miminkem, pobyt s dítětem v nemocnici a cestu zase domů. Pro mnoho rodičů je každodenní klokánkování jediným světlým okamžikem dne, kdy zažívají pocity štěstí. Najednou se všechny běžné starosti zdají malicherné. Mnoho rodičů udává, že se cítí osamělí, přátelé ani nejbližší rodina často nedovedou pochopit to, co prožívají. (Dokoupilová 2009)

Matky a otcové se po mnoho týdnů nacházejí v permanentním stresu. Zatímco v prvních dvou až třech týdnech života se bojí, aby jejich dítě vůbec přežilo, v dalších týdnech se začínou obávat především případných následků. Velmi stresující je nejen vidět své dítě napojené na přístrojích, které navíc každou chvíli alarmují, ale také čelit případným špatným zprávám ohledně zhoršení zdravotního stavu dítěte. Mnoho rodičů hovoří o tom, s jakým strachem jdou každý den na oddělení a bojí se, jestli se s jejich dítětem něco nestalo, mají strach z každého telefonátu, protože by mohl přinést špatné zprávy z nemocnice. Často trpí pocity bezmoci, že nemohou svému dítěti nijak pomoci.

Rodiče ale neprožívají jen negativní emoce. Zažívají také pocity štěstí, radosti z narození dítěte, ze zlepšujícího se stavu a pokroků dítěte, pocity lásky a ochranné pocity. Typické jsou také časté ambivalentní pocity, kdy se střídají pocity radosti a strachu, podle toho, jak se dítěti daří. Rodiče často udávají, že se cítí „jako na houpačce“,

jednou jsou vysoko, na vrcholu štěstí, když je dítěti dobře a prospívá, pak zase spadnou dolů, když se dítěti přitíží. (Andělová 2009)

4. 2 Potřeby rodičů

Velmi aktuální potřebou rodičů je potřeba uklidnění a potřeba podpory okolí. Rodiče potřebují pocítit, že v této těžké situaci nejsou sami, že jejich dítě má šanci na přežití a že stav, ve kterém se dítě nachází, je pro daný týden těhotenství normální. Podporu přináší zejména partner, nejbližší rodina a ošetřující tým. K uklidnění napomáhají vedle informací o zdravotním stavu dítěte i příběhy a fotografie dětí, které si tímto obdobím také prošly. Rodiče během hospitalizace dítěte procházejí třemi fázemi vývoje. První fáze je *naivní důvěřivost*, kdy potřebují velké množství informací, ujišťování, pocit bezpečí a podporu. Tato fáze pak přechází ve fázi *vystřízlivění*, ve které se intenzivně zajímají o péči, která je jejich dítěti poskytována. Poslední fází je *spojenectví*, kdy rodiče spolupracují se sestrami na poskytování péče o dítě. V okamžiku, kdy se zdá být otázka přežití vyřešena, mohou sestry pozorovat v postoji rodičů určitou změnu. Často začnou kriticky rozebírat ošetrovatelskou péči a jednotlivé zákroky. Toto období je velmi rizikové pro vztah mezi ošetřujícím personálem a rodiči, protože může vyústit v konflikt. Je nutné si však uvědomit, že tato reakce je pouze snahou rodičů opět získat kontrolu a „vlastnictví“ nad svým dítětem a k rodičům se tedy chovat trpělivě. (Fendrychová a Borek 2012)

S pocitem bezmoci souvisí potřeba vlastní užitečnosti. Zvláště pro matky je velmi důležité zahájení laktace, která přináší pocit, že mohou již hned od prvního dne něco pro své dítě udělat. Důležité je vysvětlit matkám, že každý mililitr odstříkaného mléka je pro dítě nesmírně důležitý. V mateřském mléce předávají dítěti protilátky IgA, které mu poskytují ochranu před infekcemi. Pro navození a udržení laktace je důležitý kontakt s dítětem.

Téměř všichni rodiče uvádějí potřebu častějšího kontaktu s dítětem. Na druhou stranu si ale uvědomují, že s ohledem na zdravotní stav dítěte tato potřeba nemůže být často plně uspokojena. Naštěstí je v současné době situace taková, že rodiče jsou plně podporováni k návštěvám svého dítěte, návštěvní hodiny jsou zejména pro matky

neomezené, rodiče mohou své děti hladit a klokánkovat už i v době, kdy je dítě ještě na ventilátoru. Je snahou, aby rodiče byli do péče co nejdříve zapojováni. (Andělová 2009)

Následující kapitola se bude věnovat problematice stresu, vzniku a průběhu stresové reakce, příznaky, důsledky a zvládání stresu.

5 Stres a jeho mechanismy

5.1 Stresový syndrom

Stres je stav organismu vyvolaný působením stresorů, faktorů vyvolávajících stres. Tyto faktory mohou být fyzikální (teplo, chlad, tlak, záření), chemické (jedy, toxiny, infekce, poruchy iontové rovnováhy), biologické (bolest, hlad, žízeň, potraumatický, hemoragický stres) a psychosociální (úzkost, strach, pocit bezmocnosti, ztráta důležité osoby, konflikty v rodině a na pracovišti). Při stresu dochází k ohrožení homeostázy. Organismus reaguje tak, že spustí obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu. Reakce na stresor a schopnost zvládání stresu je velmi individuální. Obecně náchylnější ke vzniku stresového syndromu jsou děti, adolescenti, staří lidé a lidé s introvertní povahou.

Rozlišují se dva typy stresu – *eustres*, pozitivní stres, který člověka stimuluje k lepším výkonům a pro život je nezbytný, a *distres*, negativní stres, který působí na organismus škodlivě. Stres vyvolávající tělesné poškození se nazývá alostatický stres. Pokud stres trvá minuty až hodiny, jedná se o akutní stres, pokud trvá týdny nebo měsíce, pak se jedná o stres chronický. (Bartůňková 2010)

Podle vědce Hanse Selyeho se rozlišují tři fáze stresového syndromu. První fází je *poplachová reakce*, která slouží k mobilizaci energetických zdrojů a přípravě organismu pro boj či útěk. Tato fáze je ovlivňována sympatikem. Dochází k uvolnění katecholaminů – adrenalinu a noradrenalinu z dřeně nadledvin. Následkem je vazokonstrikce periferních cév, zrychlení srdeční činnosti, bronchodilatace, uvolnění glukózy jako zdroje energie z jater a tukové tkáně, zvýšení svalového tonu, snížení pocitu bolesti, mydriáza, pocení a útlum peristaltiky. Druhá fáze se nazývá *adaptační*, vzniká při dlouhodobém působení

stresoru a uplatňují se zde zpětnovazebné mechanismy. Při této fázi dochází k aktivaci osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Pokud stresory stále působí a adaptace není dostatečně účinná, zůstává organismus v pohotovosti a trvalém vypětí. Postupně nastává třetí fáze – *vyčerpání*, kdy dochází k poruše adaptačních mechanismů a poškození organismu. Poruchy adaptace se mohou projevit jako posttraumatická stresová porucha nebo jako psychosomatické onemocnění. (Bartůňková 2010, Paulík 2010)

5. 2 Neurofyzilogie stresu

Na prožívání stresové reakce se podílí periferní i centrální nervový systém. *Periferní nervový systém* zahrnuje receptory, ascendentní a descendentní dráhy a autonomní systém. Autonomní neboli vegetativní nervový systém má dvě části, sympatickou a parasympatickou. Při poplachové reakci se uplatňuje hlavně sympatická složka. Neurony sympatiku vycházejí z přední části hypothalamu, rozvětví se a jdou takřka ke každému orgánu a cévě. Nervová zakončení sympatiku uvolňují adrenalin a noradrenalin, začínají se vylučovat během prvních vteřin působení stresu a působí na různé orgány. Parasympatická složka je při poplachové reakci potlačena zvýšenou aktivitou sympatiku, uplatňuje se více při chronickém stresu. Nejdůležitějšími strukturami *centrálního nervového systému* jsou hypothalamus, hypofýza, hippocampus a amygdala. V hypothalamu jsou začátky dvou hlavních stresových os, osy sympatoadrenální a osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Hypothalamus produkuje hormony oxytocin a vazopresin (antidiuretický hormon), který se účastní kardiovaskulární stresové reakce. Dále také liberiny a statiny ovlivňující produkci hormonů adenohypofýzy. Hippocampus je uložen ve spánkovém laloku a je centrem paměti. Amygdala je párová struktura ve střední části spánkového laloku, která je centrem emoční paměti. Ovlivňuje chování při strachu – způsobuje ztrnutí, tachykardii, tachypnoe, sevření žaludku a vylučování stresových hormonů. (Bartůňková 2010, Joshi 2007, Kvetňanský 2008)

Při stresové reakci dochází k sekreci řady hormonů. Nejrychleji, během několika sekund, je vyplavován adrenalin a noradrenalin. Hypothalamus začne produkovat kortikotropin releasing hormon (spouštěcí hormon, CRH), díky němuž dojde k sekreci adrenokortikotropního hormonu (ACTH) z hypofýzy. Následkem toho dojde během několika minut k produkci glukokortikoidů v kůře nadledvin. Kortizol společně

s glukagonem, hormonem pankreasu, zvyšují glukoneogenezi v játrech, glykémii a lipolýzu a tím zajišťují dostatek energie. Hypofýza také produkuje vazopresin, dále endorfiny a enkefaliny, které snižují práh vnímání bolesti, a prolaktin potlačující schopnost reprodukce. Během stresového stavu je naopak inhibována sekrece estrogenů a testosteronu a sekrece růstových hormonů a inzulínu. (Joshi 2007)

5. 3 Příznaky a důsledky stresu

Stres působící na člověka se projevuje v různých oblastech. Mezi fyzické příznaky stresu patří bolesti hlavy, bolesti za hrudní kostí, bušení srdce, sucho v ústech, chrapot, časté nucení na močení, nechutenství nebo naopak přejídání se, nauzea, zvracení, pocení, zrudnutí v obličeji, svalové napětí, třes rukou, psychomotorický neklid nebo naopak ztrnulost. Psychickými příznaky stresu jsou výrazné emoce, často i nepřiléhavé (např. smích v tragické situaci), neschopnost soustředění, překotná řeč, únava, nespavost, nespokojenost, podrážděnost, nervozita, deprese, apatie nebo agresivita, ztráta zájmu o sex. (Paulík 2010)

Dlouhodobé působení stresu pak může být příčinou onemocnění organismu. Bylo zjištěno, že stres snižuje schopnost beta-buněk Langerhansových ostrůvků odpovídat na glykemické podněty. Dlouhodobá hyperglykémie je tedy jednou z příčin vzniku diabetes mellitus druhého typu. Kortikoidy při chronickém stresu poškozují funkci hlenu v žaludku a tím narušují slizniční bariéru. Díky působení parasymptiku dochází k zvýšené produkci gastrinu, žaludeční šťávy a tudíž k žaludeční aciditě. Tyto dva mechanismy vedou ke vzniku tzv. stresového vředu žaludku. Chronický stres způsobuje inhibici imunitního systému snížením produkce cytokinů a zánětlivých mediátorů a snižuje rezistenci vůči vzniku nádorů. V neposlední řadě může dojít ke vzniku infarktu myokardu. Jeho příčinou je dlouhodobé uvolňování prozánětlivých cytokinů, které podporují vznik aterosklerózy. (Bartůňková 2010)

5. 4 Zvládání stresu

Jak se rodiče s touto zátěžovou situací vyrovnají, záleží na jejich osobnosti, jejich odolnosti vůči zátěžovým situacím, na vrozených vlastnostech, životních zkušenostech, ale také i na aktuálním stavu organismu a sociálních faktorech.

Se stresem se dá bojovat různými způsoby. Každý člověk si musí najít vlastní kombinaci metod, které vedou k uvolnění jeho stresového stavu. To, co pomáhá jednomu, nemusí mít vůbec žádný efekt u druhého. Rozlišují se tři základní skupiny metod zvládání stresu. První skupina spočívá v eliminaci stresorů, které odstranit lze, druhou skupinu tvoří techniky vedoucí ke změně reakce na stresory a třetí skupina představuje vytvoření odolnosti.

V našem organismu existují tři systémy – psychický, kosterně svalový a vegetativní. Tyto systémy jsou díky vzájemnému neurohumorálnímu spojení funkčně propojeny. Změna v jednom systému vyvolává změny v jiných systémech, například při psychickém napětí dochází i ke svalovému napětí, a pokud dojde ke svalovému uvolnění, nastane i uvolnění psychické. Tohoto faktu je využíváno v různých technikách. Nejrozšířenější technikou je autogenní trénink. Metoda spočívá v nácviku autosugesce, kdy při maximálním soustředění dochází k sebeovlivnění organismu. Zahrnuje šest cvičení – navození pocitu tepla, tíže, tepla v oblasti břicha, chladu na čele, sledování dechu a pravidelného tepu. Dalšími metodami mohou být dechová cvičení nebo Jacobsonova progresivní relaxace vedoucí k uvolnění jednotlivých svalových skupin. Nácvik metod ke zvyšování odolnosti vůči stresu vyžaduje hodně času, mají ale dlouhodobý účinek. Jedná se o zvyšování fyzické kondice a dodržování zdravého životního stylu. (Vašina 2009)

Pokud je strach natolik veliký, že nejsme schopni ho sami zvládnout, je důležité si to přiznat a obrátit se s pomocí na odborníka – psychologa nebo psychiatra. V dnešní době je však stále ještě u mnoha lidí zakořeněn mýtus, že návštěva psychiatra znamená, že je dotyčný člověk blázen. Přitom právě psycholog nebo psychiatr člověku v závažných případech dokáže jako jediný pomoci. Metodou psychoterapeutického rozhovoru se snaží verbalizovat strach, racionálně rozebrat příčiny strachu, zhodnotit reálnost hrozby a naučit relaxačním technikám, autogennímu tréninku nebo odvádění pozornosti a dalším technikám. Napomoci může také užívání psychotropních látek – anxiolytik ke zmírnění

strachu, antidepresiv nebo psychorelaxancií s uklidňujícím účinkem. Rizikem při dlouhodobém užívání psychotropních látek je ale vznik návyku nebo vedlejší účinky. Nežádoucím prostředkem ke zmírnění stresu je požívání alkoholu, který po delší době užívání vede naopak k prohloubení stresu a k depresi.

Existují také obranné mechanismy, kterými se člověk více či méně uvědomovaným způsobem chrání před působícím stresem. Podstatou je zkreslení reality. Podrobně se jimi zabýval Sigmund Freud a jeho dcera Anna Freudová. Patří sem například vytěsnění, což je nevědomé odstranění nepříjemných pocitů z vědomí, nebo potlačení – vědomé popření důležitosti určité situace a přesun pozornosti na jiné věci. Mezi další obranné mechanismy patří regrese – návrat do nižších vývojových stádií, izolace, denní snění, únik do nemoci, egocentrismus, identifikace, kompenzace, negativismus, rezignace a další. (Paulík 2010)

Pro zvládání stresu rodičů nedonošeného dítěte je důležitá především podpora okolí. Nejdůležitější oporou je partner a ošetřující tým, dále nejbližší rodina a přátelé. Jak je již uvedeno výše, rodičům v náročné životní situaci pomáhá především informovanost o zdravotním stavu dítěte, empatický přístup personálu a pocit, že v tom nejsou sami. Velmi důležitým okamžikem je možnost zapojení rodičů do péče a kontakt s dítětem.

Dalším důležitým faktorem ve zvládání stresu je víra. Víra ve své dítě, v to, že všechny komplikace dokáže překonat a se svým předčasným příchodem na svět se popere. Maminka holčičky narozené ve 26. týdnu svou víru popisuje takto: „Ani na minutu jsem nepochybovala, že se Markétka bude rvát a snažit, Ona by mě nedokázala zklamat, cítila jsem to. Ale ani na minutu jsem nepřestala mít strach, aby to to malé tělíčko zvládlo... Vypadala tak bezbranně, menší než všechny ty přístroje, a byl to tak absurdní start do života... Když vás hodí do vody, plavete, abyste se neutopili... Náš břeh byl daleko, v nedohlednu, ale obě jsme věřily v jeho existenci i v to, že k němu včas doplujeme... Nevzdat se a pádlovat...“ (Dokoupilová 2009, s. 121)

6 Vytváření vztahové vazby matka (rodič) – dítě

Vytvoření citové vazby mezi nedonošeným novorozencem a jeho rodiči může být někdy velice obtížné. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže být dítě hned po porodu přiloženo matce, otec ho vidí přes okénka transportního inkubátoru pouze na krátký okamžik. Nedonošené dítě je ihned po porodu převezeno na resuscitační oddělení nebo jednotku intenzivní péče o novorozence. Za těchto podmínek, kdy rodiče jsou ihned po porodu od svého dítěte odděleni, se u rodičů mísí odmítavé postoje s vytvářením pozitivní vztahové vazby k dítěti. Někdy při delším odloučení udávají pocity nereálnosti dítěte, jako kdyby neexistovalo nebo nebylo jejich. Tyto pocity mizí často až při prvním delším kontaktu s dítětem, kdy konečně mají pocit, že jsou rodiči. Je proto velice důležité dát rodičům najevo, že za daných okolností je normální cítit mnoho protichůdných pocitů. (Ratislavová 2008)

Prohloubení vztahu mezi rodiči a dítětem také může být komplikováno neustálou přítomností zdravotnických pracovníků při kontaktu s dítětem. Rodiče často mají pocity studu před sestrami něžně hovořit se svým dítětem, zpívat mu a vyprávět pohádky nebo o životě venku. Proto je vhodné, aby byl rodičům také ponechán čas, kdy mohou být se svým dítětem sami a mohou se mu zcela otevřít.

6. 1 Bonding

Ze všech lidských vazeb je mateřské pouto nejsilnější. Mateřské pouto se začíná vyvíjet již během těhotenství, kdy matka cítí pohyby plodu a dítě vnímá matčin hlas i tlukot srdce. Nejsilněji se však rozvíjí hned po porodu. Bonding neboli připoutání, budování vazby mezi matkou a dítětem, je založen na nutnosti kontaktu matky s dítětem ihned po narození. Tuto teorii popsali v sedmdesátých letech minulého století dva američtí pediatři Klaus a Kennel. Domnívají se, že pro vytvoření základů emočního vztahu mezi matkou a dítětem je nejdůležitějších prvních 12 hodin po porodu. Tyto hodiny po narození jsou velmi důležité jak pro matku, tak pro dítě. Dítě se tak po porodu lépe adaptuje na prostředí mimo dělohu a snadno navazuje kontakt se svou matkou. Matku kontakt s dítětem motivuje k mobilizaci svých sil k péči o miminko, matky cítí

větší radost z dítěte a zvyšuje se u nich citlivost k potřebám dítěte. Důvodem je vysoká hladina oxytocinu po porodu u matky i dítěte. (Mrowetz 2011)

Bohužel v mnoha porodnicích tuto skutečnost zdravotníci opomíjejí a dítě od matky separují po několika minutách jejich kontaktu. Pro správné navázání silné vazby je ale důležité nechat dítě, aby s matkou mohlo navázat oční kontakt a samo aktivně vyhledat prs a přisát se. (Těšínská 2011)

6. 2 Typy vztahové vazby

Jak silné pouto mezi matkou a dítětem vzniklo, a jak matka reaguje na potřeby dítěte, ukáže čas. Pozitivním vztahem je *vazba jistá*. Při této vazbě matka dokáže citlivě reagovat na potřeby dítěte, na jeho signály reaguje přiměřeně a co nejdříve. Takto připoutané děti při odloučení od matky reagují výrazně, volají ji, hledají a nakonec pláčou. Na matčin návrat reagují radostí, dožadují se tělesného kontaktu, ale po krátké době se uklidní a jdou si opět hrát.

Vazba nejistá a vyhybavá – tyto děti při odloučení jen málo protestují, matku sledují pohledem, ale zůstávají na místě a pak si hrají dál. Při návratu reagují odmítnutím a nechťejí být vzaty do náruče a konejšeny.

Vazba nejistá a ambivalentní – děti na odloučení reagují nejvíce nešťastně a nejsilněji pláčou. Po matčině návratu je lze jen těžko uklidnit, nejsou schopny se vrátit ke hře. Pokud je matka vezme do náruče, na jednu stranu vyjadřují potřebu tělesné blízkosti, na druhou stranu se vůči matce chovají agresivně, dupou nohama, buší a odstrkují ji.

(Brisch 2011)

Předčasný porod je jedním z rizikových faktorů pro vývoj nejisté vztahové vazby. Příčinou může být nedostatečná senzitivita matky k dítěti způsobená ranou separací od dítěte a vliv negativních emocí doprovázejících předčasný porod, což má za následek zhoršenou synchronizaci mezi matkou a dítětem. Častým problémem rodičů bývá to, že se snaží dítě co nejvíce stimulovat, zahrnout ho velkým množstvím podnětů, aby urychlili jeho vývoj, a to vede k tomu, že dítě je dráždivější, labilnější a interakce s rodiči se tak zhoršuje. (Sobotková a Dittrichová 2009)

6.3 Způsoby kontaktu rodičů s dítětem na JIP

Rodiče předčasně narozených dětí nemohou být od začátku se svými dětmi. Aby u nich došlo k navázání pevného pouta a vytvoření silné citové vazby, je důležité je podporovat v co nejčastějším kontaktu s dítětem. Zapojení rodičů do péče začíná takovými maličkostmi jako je hlazení, přebalování nebo měření tělesné teploty a to už i v době, kdy je dítě odkázáno na ventilační podporu.

V současné době je velmi rozšířenou metodou *klokánkování* dětí. Klokánkování je umožněno i dětem, které jsou připojeny na ventilátor. Tato metoda vznikla v roce 1978 v Kolumbii. V chudinské porodnici bylo velmi málo inkubátorů, a proto zde začali nabízet matkám, aby své maličké děti nosily přímo na těle 24 hodin denně. Pozdějšími výzkumy se zjistilo, že tyto děti rostly stejně rychle jako děti z inkubátorů. I v době nejmodernějšího přístrojového vybavení přináší klokánkování spoustu výhod jak pro matku, tak i pro dítě. Při klokánkování se snižuje hladina stresových hormonů, dítěti se ustálí srdeční akce a dech, zvyšuje se hladina oxytocinu důležitého pro tvorbu citové vazby, rychleji přibývají na váze, rychleji se jim vyvíjí mozek a mají méně infekcí. Matkám napomáhá především k psychické pohodě, rozvoji vztahu k dítěti a k tvorbě mléka. Při klokánkování dochází k termální synchronizaci s dítětem – je-li dítě chladnější, teplota matky se zvýší a je-li dítě přehřáté, teplota matky se sníží. Matky jsou také dříve mobilní a dříve se navrací do běžného života, díky kontaktu skin-to-skin získávají větší sebedůvěru, porozumění signálům dítěte a pocit, že ji dítě lépe pozná. (Jirásková 2007, Magurová 2009)

Další metodou, která napomáhá rozvoji citové vazby a ke komunikaci mezi rodiči a dítětem, jsou *motýlí masáže*. Jsou to velmi jemné a lehké dotyky, které pomáhají uvolnit napětí svalů a po porodu snížit vysokou hladinu stresových hormonů. Něžným dotykem rodiče vyjadřují svou lásku. Masáže do praxe zavedla rakouská lékařka Eva Reichová, která věnovala velkou pozornost kontaktu s předčasně narozenými dětmi. Také pro rodiče jsou masáže velkým přínosem, mají možnost udělat něco pozitivního pro své děti, lépe reagují na potřeby dítěte, získají sebedůvěru a přestanou se bát dítěte dotýkat. Bezprostředně po porodu se rodiče mohou dítěte dotýkat pomocí „konejšivých dotyků“, kdy postupně přikládají dlaně na hlavičku, hrudník, záda a chodidla. Dítěti tak navodí pocit jistoty a hranic svého těla. Před samotnou masáží je důležité provést iniciační dotyk,

nejlépe na střed hrudníku, kde je centrum jeho osobnosti. Hlazení se provádí vždy odshora směrem dolů a od středu na okraj, a tím se posouvá tok energie a odstraňuje napětí. Aby nedonošené dítě mělo pocit jistoty a bezpečí, držíme ho vždy alespoň jednou rukou. Iniciálním dotykem masáž končí. (Kopasová 2008)

Bazální stimulace je koncept, který vyvinul německý lékař Andreas Fröhlich. Do praxe ho zavedla v 80. letech 20. století zdravotní sestra Christel Bienstein. S úspěchem se využívá nejen u nedonošených dětí, ale také u tělesně či duševně postižených, osob ve vigilním kómatu a osob se změněným vnímáním. Koncept podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání, cíleně stimuluje smyslové orgány a tím podporuje vnímání, komunikaci a hybnost klientů. Stimulace probíhá v několika rovinách - somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické. (Friedlová 2007)

Již při prvním kontaktu rodičů s dítětem je důležité jim vysvětlit, že nedonošené dítě reaguje jinak než dítě donošené. Neleží klidně s pokrčenými končetinami, ale ruce a nohy má natažené. V prvních dnech po porodu může být dráždivější, na manipulaci reaguje grimasami nebo pláčem. Je nutné rodiče ubezpečit, že toto je běžná reakce na náhlou změnu prostředí, se kterou se dítě musí vyrovnat. V této době je dětem nejpríjemnější pouze přiložení dlaní na tělíčko. Další dny po porodu dochází ke zklidnění dítěte. Většinu dne spí a všechnu svou energii věnují dýchání a vlastnímu růstu. Cítí se klidněji, když jsou zabaleny v měkké přikrývce. Při kontaktu s rodiči mají rády hlazení, matčin a otcův hlas, zpívání. (Hanuščáková 2008)

7 Podpora rodičů

7.1 Vztah sestra (lékař) – rodič

Vybudování dobrého vztahu mezi sestrami, lékaři a rodiči by mělo být snahou každého neonatologického pracoviště. Dítě je zde umístěno často mnoho týdnů a je zcela odkázáno na péči zdravotnického personálu. Rodič by tedy měl celému týmu věřit a cítit, že je jeho dítě v dobrých rukou a že o něho bude dobře postaráno za každé situace. V současné době již rodiče nejsou jen pasivními příjemci informací, kteří nemohou do péče o své dítě zasahovat, ale stávají se rovnocennými partnery aktivně se podílejícími na péči.

Vztah mezi sestrou (lékařem) a rodičem je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání oběma stranami splněna. Rodič především očekává, že bude pravdivě a včas informován o všech změnách zdravotního stavu svého dítěte, očekává profesionalitu, lidskost a podporu. Bohužel stále ještě často rozšířený je paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem (rodiči). Při tomto modelu má lékař direktivní přístup, informuje, radí, dává příkazy, zakazuje, většinou se zajímá o nemoc bez osobního zaujetí než o člověka. V moderním zdravotnictví se však stále více rozšiřuje model partnerského vztahu mezi sestrou (lékařem) a rodičem. Tento model je nedirektivní a je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Mezi lékařem a rodiči vzniká osobní vztah, kdy lékař umí naslouchat a zajímá se o člověka jako celek a rodič se aktivně podílí na péči o dítě. (Janáčková a Weiss 2008)

Rodiče by neměli být v krizové situaci sami. Ošetřující tým by měl vyjádřit pochopení pro emoce rodičů. Nemůže očekávat, že rodiče se začnou se svými pocity a problémy svěřovat sami, obvykle nenajdou sílu o nich hovořit ani mezi sebou navzájem. K překonání zábran a studu často pomáhá fyzický kontakt, třeba držení za ruku nebo kolem ramen. Citlivé chování a poskytnutí emoční podpory je velmi důležité pro vyrovnávání se rodičů s náročnou životní situací. (Janíková a Lucká 1999)

Ošetřující tým by měl být pro rodiče oporou. Je velmi důležité, aby rodičům umožnil navázat k dítěti co možná nejpřirozenější vztah. Základem podpory rodičů je umožnit jim přítomnost na jednotkách intenzivní péče, účastnit se péče o dítě, mít dostatek informací a spolurozhodovat o péči o dítě. Tato práce je pro sestry velice obtížná

a vyčerpávající. Pro sestry by bylo mnohem snadnější a jednodušší, kdyby u inkubátoru rodiče nebyli. Naštěstí tato praxe je již překonaná a v současné době je péče již zaměřená na rodinu a na rodiče se pohlíží jako na partnery a aktivní účastníky péče o dítě. (Fendrychová a Borek 2012)

7.2 Komunikace s rodiči

Rozhovor je příležitostí k navázání užších, přátelštějších kontaktů s druhými lidmi. Přátelský rozhovor není jen pouhou výměnou informací, může být společným hledáním cesty ve složité situaci. Pokud rodič narazí na zdravotníka, který se snaží nejen informace poskytovat, ale i naslouchat mu, může mu přinést velkou úlevu a povzbuzení ke zvládnutí složité situace. Naslouchání druhému je psychologickou záležitostí, vychází z porozumění. Znamená, že člověku je věnován nejen drahocenný čas, ale i pozornost, úcta a důvěra. Aktivní naslouchání není jen záležitostí sluchu, důležité je také všímání si nonverbálních projevů, především mimiky, gestikulace, výrazu tváře, postoje a tónu řeči. (Křivohlavý 2010)

Motschnig a Nykl (2011, s. 34) ve své knize popisují způsob, jak by se měli všichni zdravotničtí pracovníci při komunikaci s rodiči chovat: „Když mají lidé respekt ke druhým, váží si jich, dokážou se vcítit do jejich duševního světa, aniž by je hodnotili, jsou autentičtí a upřímní a podporují druhé nedirektivním způsobem, pak jsou položeny optimální podmínky pro dobrou komunikaci a podmínky jednání člověka vůči druhým.“

Dobrá a efektivní komunikace s rodiči je pro úspěšnou spolupráci nezbytná. Pro rodiče nedonošených dětí jsou charakteristické emoční změny, jako například emoční výbuch nebo naopak záraz. U rodičů převládá nesoustředěnost, vnímání je zlomkovité, rodiče nejsou schopni adekvátně vnímat informace od lékařů. Je proto nutné přistupovat k rodičům velmi trpělivě, citlivě, znovu jim opakovat informace o dítěti a zpětně zjišťovat, zda informacím porozuměli. Osvědčenou strategií při komunikaci s rodiči je používat slova, kterým rodiče rozumí a nepoužívat odborné výrazy. Informace by měly být srozumitelné a jasné. Vybízet je, aby se sami ptali na věci, které je zajímají, nebo aby si otázky předem napsali. Je důležité rodiče upozornit, že u nedonošených dětí změny k lepšímu probíhají v týdnech, zatímco změny k horšímu v minutách. Nesdělovat rodičům negativní informace, pokud nejsou jednoznačně potvrzeny. Ošetřující tým musí také

respektovat psychický stav obou rodičů a reagovat v klidu na jejich případnou agresi a jiné projevy obranných mechanismů. Zcela zásadní pro vytvoření důvěrného vztahu je trpělivě a opakovaně podávat informace a zodpovídat na všechny jejich dotazy. Pro rodiče je také velmi důležité, že cítí podporu a porozumění. (Janáčková a Weiss 2008)

7. 3 Podpora rodičů umírajícího dítěte

V případě, že zdravotní stav dítěte je natolik kritický, že není již žádná šance na uzdravení, je třeba velmi šetrného a citlivého přístupu zdravotnického týmu k rodičům. Důležité je podávat informace rodičům co nejčastěji, aby věděli, co se bude dít v následujících hodinách. Rodiče kriticky nemocného dítěte mají právo být v jeho blízkosti. Mnozí rodiče si i přes veškeré informace stále nechtějí připustit nezvratnost těžkého stavu novorozence, stále doufají ve zlepšení a smrt je nakonec zaskočí naprosto nepřipravené. Lékař si na rozhovor s rodiči musí vynahradiť dostatek času a vést rozhovor ve vhodné místnosti, kde nebudou nikým rušeni. V 80. letech minulého století došlo v západních zemích k výrazné změně v náhledu na péči o rodiče umírajících dětí v perinatálním období. Do té doby se odborníci domnívali, že pohled na umírající nebo mrtvé dítě je pro rodiče zbytečně traumatizující. V současné době je zastáván názor, že rodiče se mohou rozhodnout, zda chtějí své dítě vidět nebo se s ním rozloučit ve své náruči. Rozloučení s dítětem je velmi důležité v pozdějším vyrovnávání se smrtí a ukončení procesu truchlení. Rodiče, kterým nebylo umožněno se rozloučit se svým dítětem, pak mají často pocit prázdnoty, pocit čehosi neukončeného. Pro vyrovnání se ztrátou dítěte také napomáhají hmatatelné důkazy existence dítěte – fotografie, otisk ruky a nohy, pramínek vlásků nebo identifikační číslo novorozence. Fáze hlubokého smutku trvá 6 – 12 měsíců, v této době se nedoporučuje plánovat nové těhotenství, protože by mohlo narušit plné přijetí nově narozeného dítěte. (Hughes 1999, Fendrychová a Borek 2012)

U jedné z pěti takto postižených rodin dochází k negativnímu ovlivnění partnerského vztahu nebo ohrožení zdravotního stavu rodičů. Vhodnou pomocí je v tomto případě odborná psychologická pomoc. Často totiž mají pocit ztráty smyslu života, jsou depresivní, uzavírají se před okolím, protože nemohou vidět jiné děti, nedokážou se ani po několika měsících vrátit zpět do běžného života. Psychologická podpora je často

dlouhodobá, někdy vyžaduje i podávání antidepresiv. Napomoci může i setkávání s rodiči, kteří také touto situací prošli. (Ratislavová 2008)

7. 4 Organizace pomáhající rodičům předčasně narozených dětí

Mnoho rodičů si v prvních chvílích po předčasném porodu připadá osamocených, mají pocit, že se nikdo do jejich pocitů a obav nedokáže plně vcítit. Je proto důležité, aby se rodiče dozvěděli o tom, že existuje několik organizací zaměřených přímo na rodiny s nedonošenými dětmi.

V roce 2002 vzniklo občanské sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí *Nedoklubko*. Nedoklubko je nestátní nezisková organizace založená na principu dobrovolnictví, jejíž hlavním cílem je psychická pomoc rodičům předčasně narozených dětí překonat toto náročné životní období. Členy sdružení jsou lidé jak z řad odborníků, kteří poskytují odborné poradenství, tak i z řad laických pracovníků, kteří mají vlastní zkušenosti s předčasným porodem. Laické poradkyně jsou vyškoleny na odborných seminářích k poskytování podpory rodičům. Svou pomocí chtějí ukázat, že rodiče nedonošeného dítěte nejsou v této situaci sami a nabízejí mnoho cenných rad a informací. Na webových stránkách Nedoklubka je možné si také přečíst mnoho skutečných příběhů plných naděje a povzbuzení. V roce 2010 zde vznikl projekt Mámy pro mámy, do kterého se zapojilo již mnoho jednotlivců, ale i školek, škol a dalších organizací. Cílem tohoto projektu je podpořit a potěšit maminky nedonošených dětí malými, vlastnoručně vyrobenými dárky se vzkazem. Nedoklubko také vydává brožurky a letáčky věnované předčasně narozeným miminkům a pořádá setkávání rodičů a nedonošených dětí. (<http://nedoklubko.cz/>)

Podobné zaměření má i občanské sdružení *Zrnka* a jeho projekt *BabyKlokánci*. BabyKlokánci jsou rodičovskou organizací, která podporuje rodiny s předčasně narozenými dětmi, spolupracuje s odborníky a poskytuje emoční a psychologickou podporu. Vydali brožurku *Nečekaná pout'*, kde jsou popsány příběhy rodičů předčasně narozených dětí. (<http://babyklokanci.blogspot.cz/>)

V Ústavu pro péči o matku a dítě vznikl klub *Cpapík*, kde kromě odborných článků a příběhů nedonošených dětí poskytují odborné rady lékařky z neonatologického oddělení. Přímo v ÚPMD probíhala každý týden setkání rodičů s lékaři a psychologkou

věnovaná problematice nedonošených dětí, se zaměřením na pomoc rodičům.
(<http://www.cpapik.cz/>)

Propuštěním nedonošeného dítěte z nemocnice do domácí péče však péče o dítě nekončí. V rámci perinatologických center fungují speciální rizikové ambulance pro předčasně narozené děti, kde jsou tyto děti dlouhodobě sledovány a je tak zajištěna komplexnost péče. Děti sem dochází na pravidelné kontroly, sleduje se somatický vývoj, psychomotorický vývoj a růst dítěte. Cílem je včas odhalit a minimalizovat následky perinatálních komplikací.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

8 Empirické šetření

8. 1 Cíle empirického šetření

Pro své empirické šetření jsem si zvolila jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle, které hlavní cíl upřesňují.

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují prožívání rodičů nedonošených dětí.

Dílčí cíle:

- C 1 Zjistit, zda jsou rozdíly mezi ženami a muži v prožívání náročné životní situace – narození nedonošeného dítěte.
- C 2 Zjistit, jak působí ošetřující tým na rodiče.
- C 3 Zjistit, jak působí prostředí oddělení nedonošených dětí na rodiče.
- C 4 Zjistit, jak může ošetřující tým napomoci zlepšení psychického stavu rodičů.

8. 2 Použité metody empirického šetření

Pro výzkumné šetření bylo použito kvantitativní metody sběru dat pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku, viz příloha B. Pro všechny respondenty jsem použila jeden typ dotazníku. Celkem bylo mezi rodiče distribuováno 48 (100 %) dotazníků v tištěné formě, vrátilo se 43 (90 %) řádně vyplněných dotazníků, 5 (10 %) dotazníků se nevrátilo.

Dotazník obsahuje celkem 17 položek, z nichž 1 položka je otevřená, 2 filtrační, 1 výčtová, 6 uzavřených a 7 položek polouzavřených. Vzhledem k tomu, že se jedná o psychologické téma a prožívání rodičů je velmi individuální a složité, u velké části položek je možnost volné odpovědi. Respondenti měli v dotazníku označit jednu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňovali, popřípadě doplnit odpověď vlastními slovy, která přesně vyjadřovala jejich pocity.

Položky č. 1 a 2 tvoří charakteristiku souboru.

K **cíli 1** (rozdíly v prožívání mezi ženami a muži) se vztahují položky č. 3, 4, 5 a 6.

K **cíli 2** (působení ošetřujícího týmu na rodiče) se vztahují položky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

K **cíli 3** (působení prostředí oddělení na rodiče) položky č. 7, 8 a 9.

K **cíli 4** (pomoc rodičům) položka č. 16.

Položka č. 17 je otevřená položka dokreslující problematiku.

Metody zpracování výsledků

Číselná data jsou vyjádřena v přehledných tabulkách a grafech vytvořených v programu Microsoft Office Excel 2007, doprovázených popisem a interpretací. Získané výsledky jsou upraveny do četnostních tabulek. Relativní četnost je uvedena na dvě desetinná místa. V grafech je relativní četnost zaokrouhlena na čísla celá a to tak, že do 0,50 včetně jsou zaokrouhlena dolů a nad 0,50 jsou zaokrouhlena nahoru na celé číslo.

Vzhledem k možnosti volných odpovědí bylo třeba některé odpovědi sjednotit.

V tabulkách bylo použito značení charakteristik:

$$f_i = n_i / N$$

f_i – relativní četnost (vyjádřena v %)

n_i – absolutní četnost

N – celková četnost

8. 3 Organizace a průběh empirického šetření

Empirické šetření probíhalo v Ústavu pro péči o matku a dítě na Resuscitačním oddělení pro novorozence. Na základě písemné žádosti byl hlavní sestrou udělen souhlas k provádění dotazníkového šetření, viz příloha A.

Pilotní studii jsem realizovala se sedmi respondenty, kde jsem si chtěla ověřit správnou volbu otázek a odpovědí. Během této pilotní studie jsem dospěla k názoru, že se nevyskytly problémy s vyplňováním dotazníku a že navržené odpovědi jsou dostačující. Pouze položku číslo 6 (Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá při zvládání tohoto psychicky náročného období?) původně navrženou jako polozavřenou jsem pozměnila na výčtovou. Z výsledků pilotní studie totiž vyplynulo, že dotázaným rodičům ke zvládání situace napomáhá více faktorů a nejsou schopni určit jeden prioritní.

Dotazníky jsem rozdávala osobně, abych mohla v případě nejasností zodpovědět dotazy. Domnívám se, že právě osobní kontakt s respondenty byl důvodem, že všechny dotazníky byly řádně vyplněny. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, k jakému účelu dotazníky poslouží a ubezpečeni, že dotazník je zcela anonymní a že informace nebudou zneužity k jinému účelu.

Abych zachovala co největší anonymitu respondentů a zajistila si tak opravdu pravdivé odpovědi, vyrobila jsem sběrný box, kam rodiče odevzdávali své vyplněné dotazníky. Většina rodičů vyplnila dotazník během návštěvy svého dítěte, pouze někteří si ho odnesli na vyplnění domů a přinesli ho při další návštěvě.

Empirické šetření probíhalo v prosinci roku 2012 a v lednu roku 2013.

8. 4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili rodiče předčasně narozených dětí, jejichž děti byly hospitalizovány na resuscitačním oddělení pro novorozence v ÚPMD.

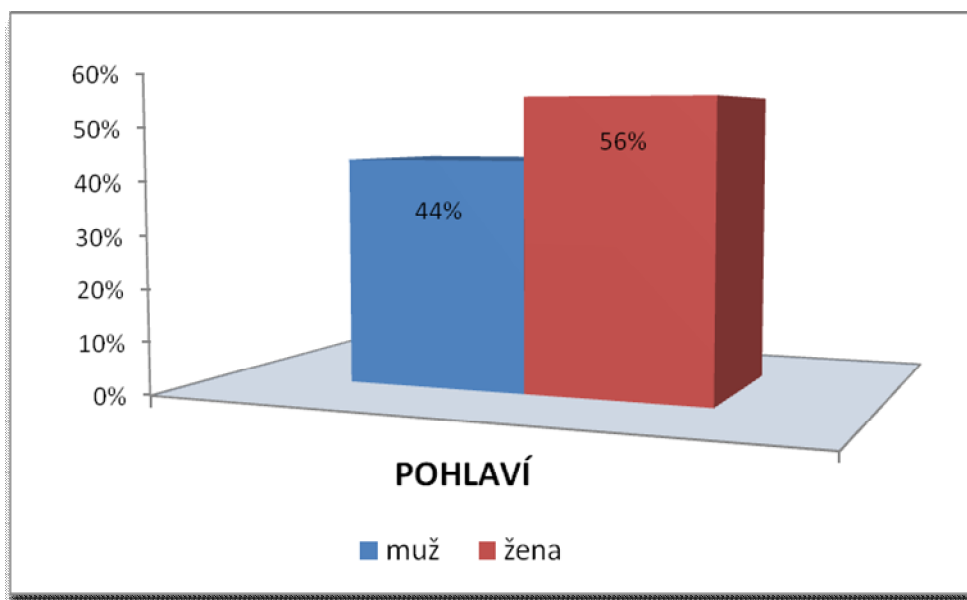
Vzhledem k tomu, že se domnívám, že jiné prožívání je u rodičů, kterým se narodilo jen lehce nedonošené dítě a jiné u těžce a extrémně nedonošených dětí, dotazník byl zaměřen pouze na rodiče, kterým se narodilo dítě do 32. týdne těhotenství včetně. Základním kritériem byl gestační věk dítěte. Byli osloveni všichni rodiče dětí hospitalizovaných na výše uvedeném oddělení v době probíhajícího výzkumného šetření. Výjimku tvořili rodiče dětí v kritickém stavu.

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů bylo 24 (56 %) žen a 19 (44 %) mužů, viz tabulka č. 1, graf č. 1.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

POHLAVÍ	n_i	f_i [%]
žena	24	55,81%
muž	19	44,19%
celkem (N)	43	100%

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

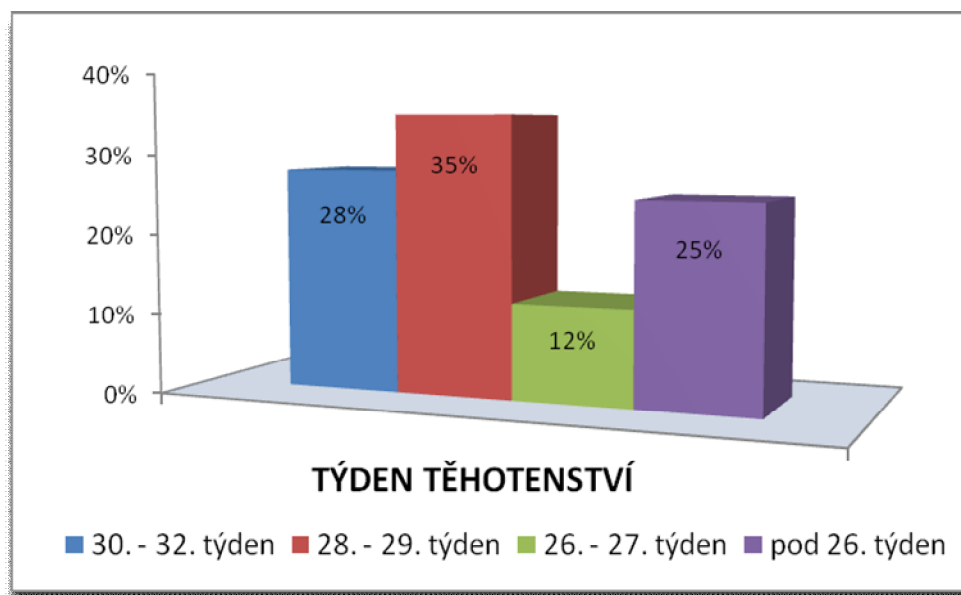


Položka č. 2 V jakém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?

Tabulka č. 2 Týden těhotenství

TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	n_i	f_i [%]
30. - 32. týden	12	27,91%
28. - 29. týden	15	34,88%
26. - 27. týden	5	11,63%
pod 26. týden	11	25,58%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 2 Týden těhotenství



12 respondentům (28 %) se narodilo dítě ve 30. - 32. týdnu těhotenství, 15 respondentům (35 %) ve 28. – 29. týdnu těhotenství, 5 respondentům (12 %) ve 26. – 27. týdnu těhotenství a 11 respondentům (26 %) se dítě narodilo dříve než ve 26. týdnu těhotenství.

8. 5 Analýza a interpretace zjištěných výsledků

Výsledky empirického šetření jsou uvedeny podle jednotlivých cílů.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rozdíly mezi ženami a muži v prožívání náročné životní situace - narození nedonošeného dítěte.

K cíli se vztahují položky č. 3, 4, 5 a 6.

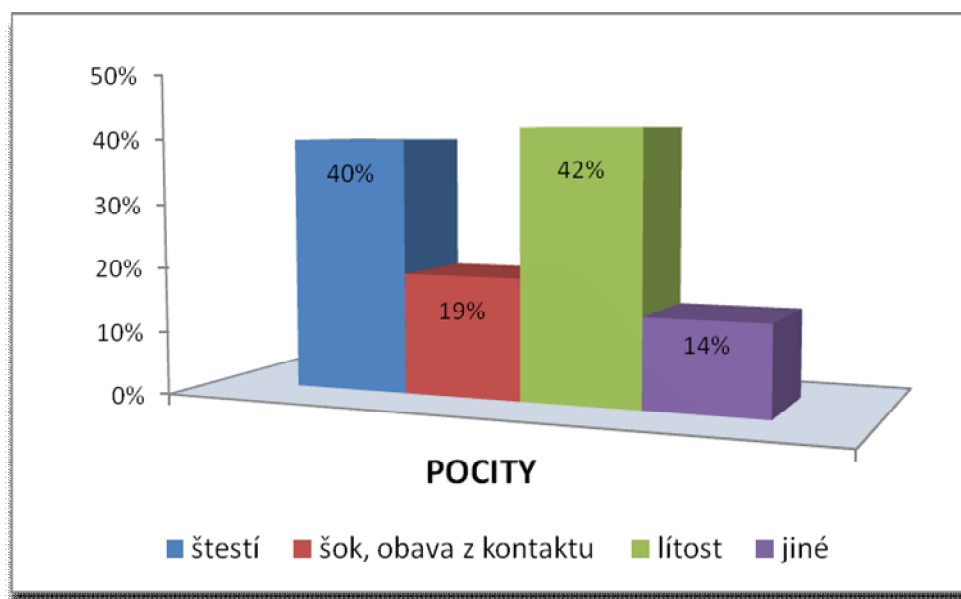
Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny v celkovém součtu a poté zvlášť z pohledu žen a mužů. Zpracování odpovědí – relativní četnost je počítána ze 43 (100 %) respondentů, resp. 24 (100%) žen a 19 (100 %) mužů.

Položka č. 3 *Jaké u Vás převažovaly pocity, když jste poprvé spatřil (a) své dítě?*

Tabulka č. 3 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem

PŘEVAŽUJÍCÍ POCITY	n_i	f_i [%]
pocity štěstí	17	39,53%
šok, obava z kontaktu	8	18,60%
lítost	18	41,86%
jiné	6	13,95%
celkem (N)	49	-

Graf č. 3 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem

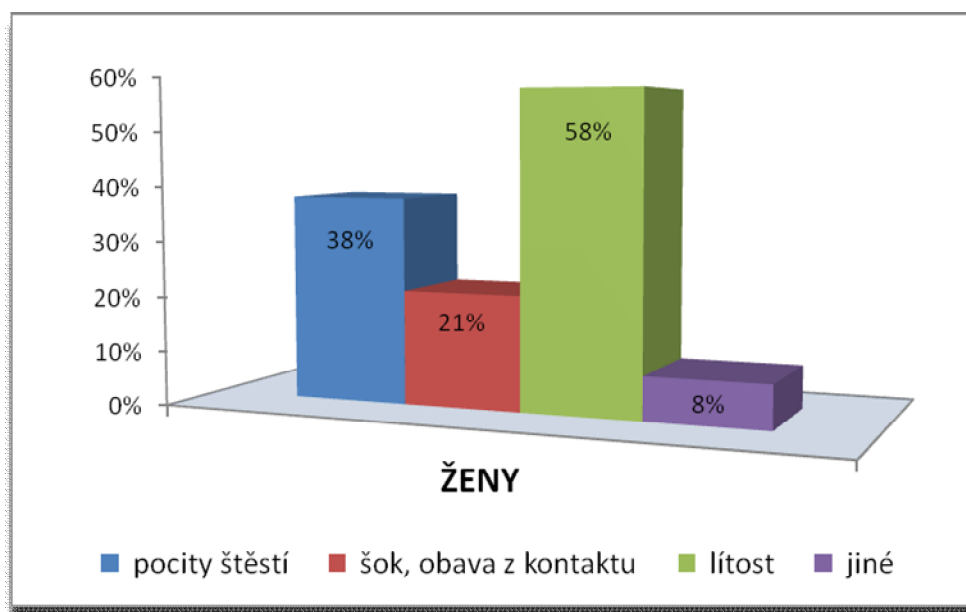


Pocity štěstí při prvním pohledu na své dítě pociťovalo 17 (40 %) respondentů, tyto pocity udávalo 8 (42 %) mužů a 9 (38 %) žen. Šok z „velikosti“ dítěte a strach z kontaktu s dítětem uvedlo 8 (19 %) respondentů, 3 muži (16 %) a 5 žen (21 %). Lítost nad dítětem a jeho stavem projevilo 18 (42 %) respondentů, 4 (21 %) mužů a 14 (58 %) žen. Jiné pocity popsal 6 (14 %) respondentů, nejčastěji udávali strach o dítě a z budoucnosti (4 respondenti) a vztek, strach a beznaděj (2 respondenti). Tabulka č. 3. 1 a graf č. 3. 1, 3. 2 znázorňují jednotlivé odpovědi z pohledu žen a mužů.

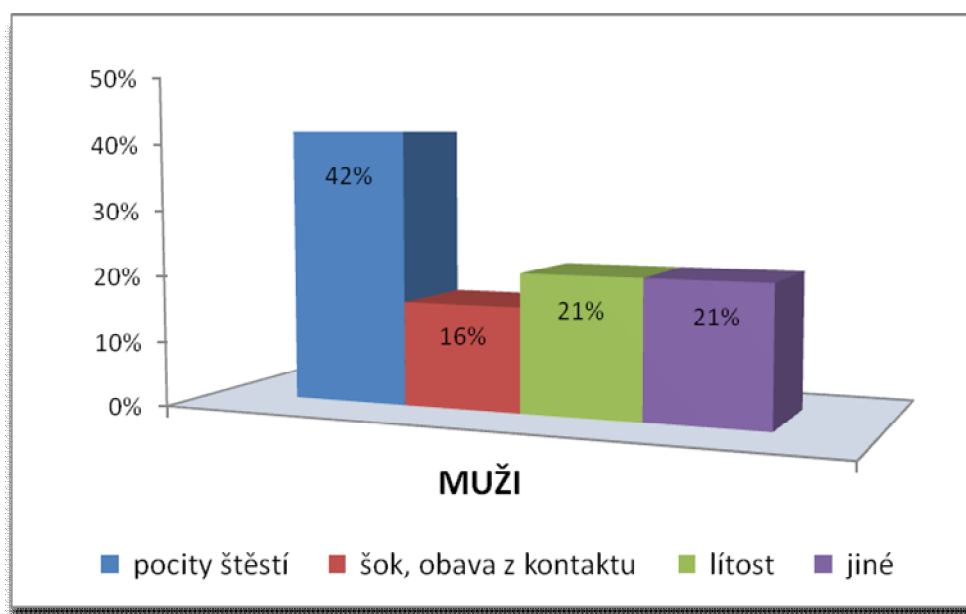
Tabulka č. 3. 1 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem dle pohlaví

POCITY	ŽENY		MUŽI	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
pocity štěstí	9	37,50%	8	42,11%
šok, obava z kontaktu	5	20,83%	3	15,79%
lítost	14	58,33%	4	21,05%
jiné	2	8,33%	4	21,05%
celkem (N)	30	-	19	100,00%

Graf č. 3. 1 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem - ŽENY



Graf č. 3. 2 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem - MUŽI

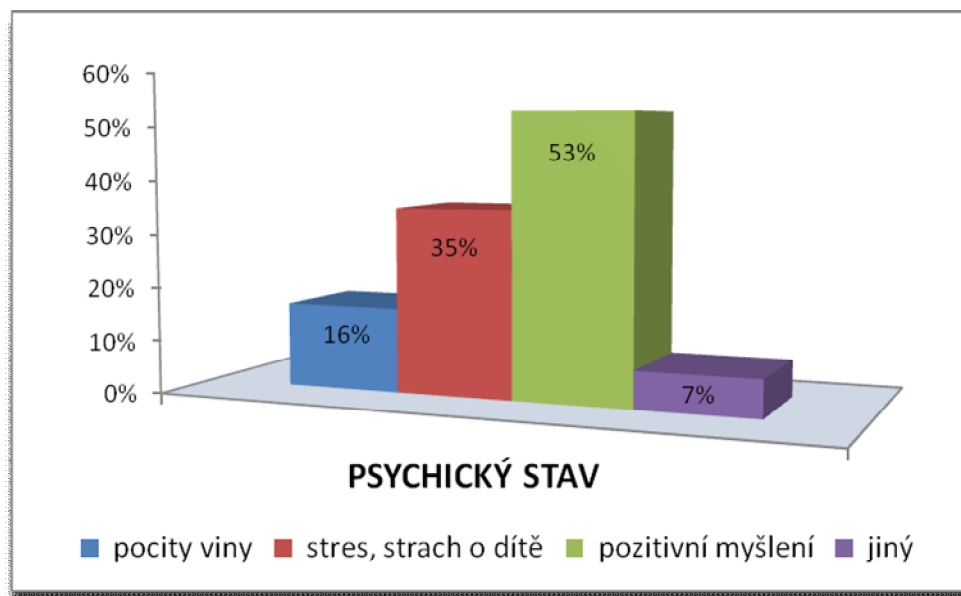


Položka č. 4 Jak byste popsal (a) svůj současný psychický stav?

Tabulka č. 4 Současný psychický stav

PSYCHICKÝ STAV	n_i	f_i [%]
pocity viny	7	16,28%
stres a strach o dítě	15	34,88%
pozitivní myšlení	23	53,49%
jiný	3	6,98%
celkem (N)	48	-

Graf č. 4 Současný psychický stav

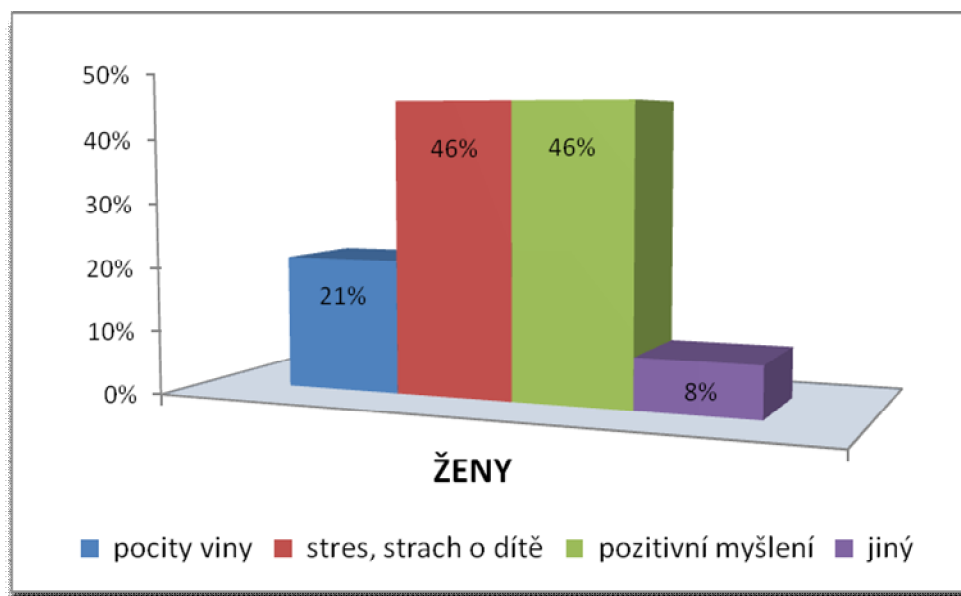


Pocity viny z předčasného porodu trpí 7 (16 %) respondentů, 2 (11 %) muži a 5 (21 %) žen. Velký strach o své dítě a neustálý stres uvedlo 15 (35 %) respondentů, 4 (21 %) muži a 11 (46 %) žen. 23 (53 %) respondentů se snaží myslet pozitivně a těšit se ze svého dítěte, z tohoto počtu bylo 12 (63 %) mužů a 11 (46 %) žen. Jinak svůj psychický stav popsali 3 respondenti (7 %), a to jako střídání pocitů štěstí a strachu, vyčerpání. Tabulka č. 4. 1 a graf č. 4. 1, 4. 2 znázorňují jednotlivé odpovědi z pohledu žen a mužů.

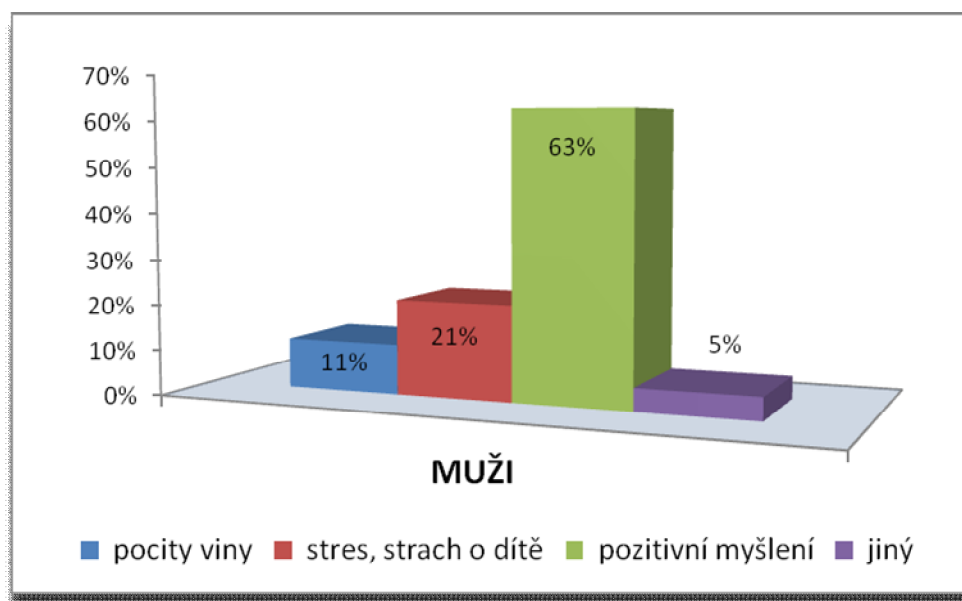
Tabulka č. 4. 1 Současný psychický stav dle pohlaví

PSYCHICKÝ STAV	ŽENY		MUŽI	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
pocity viny	5	20,83%	2	10,53%
stres a strach o dítě	11	45,83%	4	21,05%
pozitivní myšlení	11	45,83%	12	63,16%
jiný	2	8,33%	1	5,26%
celkem (N)	29	-	19	100,00%

Graf č. 4. 1 Současný psychický stav - ŽENY



Graf č. 4. 2 Současný psychický stav - MUŽI

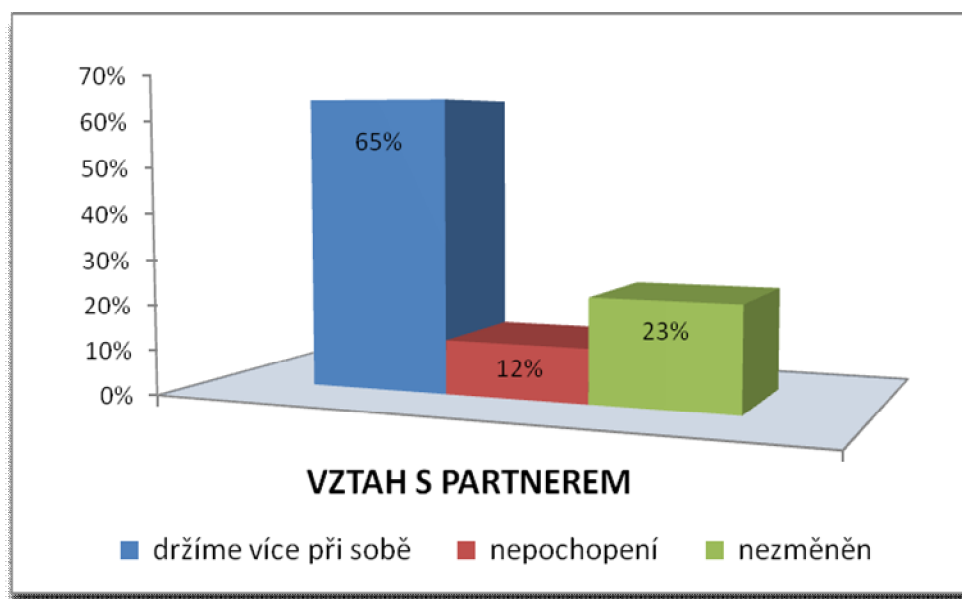


Položka č. 5 Změnil se váš vztah s manželem (kou) / partnerem (kou)?

Tabulka č. 5 Vztah s manželem / partnerem (kou)

VZTAH S PARTNEREM	n_i	f_i [%]
držíme více při sobě	28	65,12%
nepochopení	5	11,63%
nezměněn	10	23,26%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 5 Vztah s manželem / partnerem (kou)

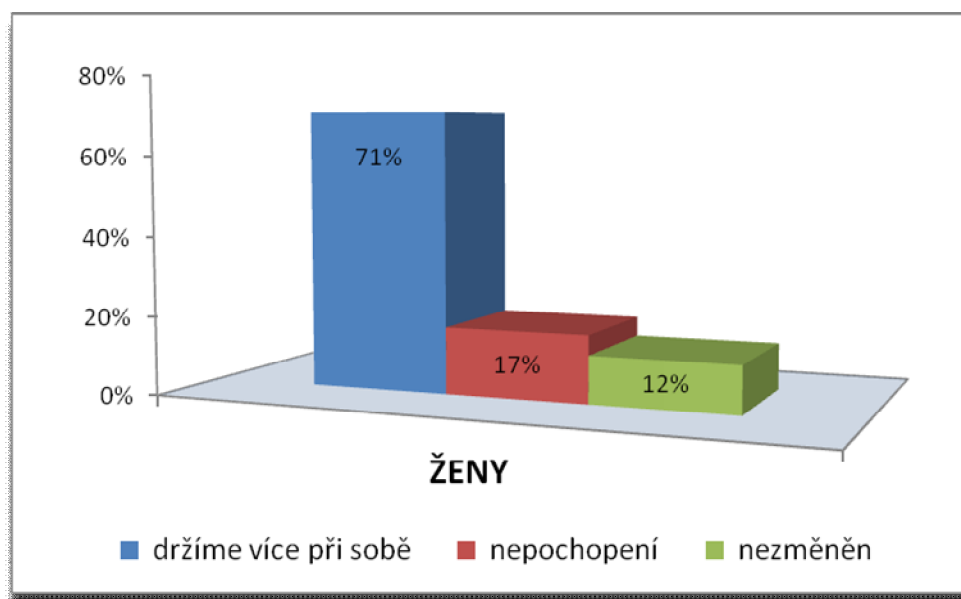


Na tuto položku odpovědělo 28 respondentů (65 %), že díky předčasnému porodu a společnému prožívání náročné životní situace se jejich vzájemný vztah prohloubil a drží více při sobě. Takto odpovídalo 11 mužů (58 %) a 17 žen (71 %). 5 respondentů (12 %) si stěžovalo na nepochopení partnera, pouze 1 muž (5 %) a 4 ženy (17 %). 10 respondentů (23 %) uvedlo, že partnerský vztah se nezměnil, 7 mužů (37 %) a 3 ženy (12 %). Tabulka č. 5. 1 a graf č. 5. 1, 5. 2 znázorňují jednotlivé odpovědi z pohledu žen a mužů.

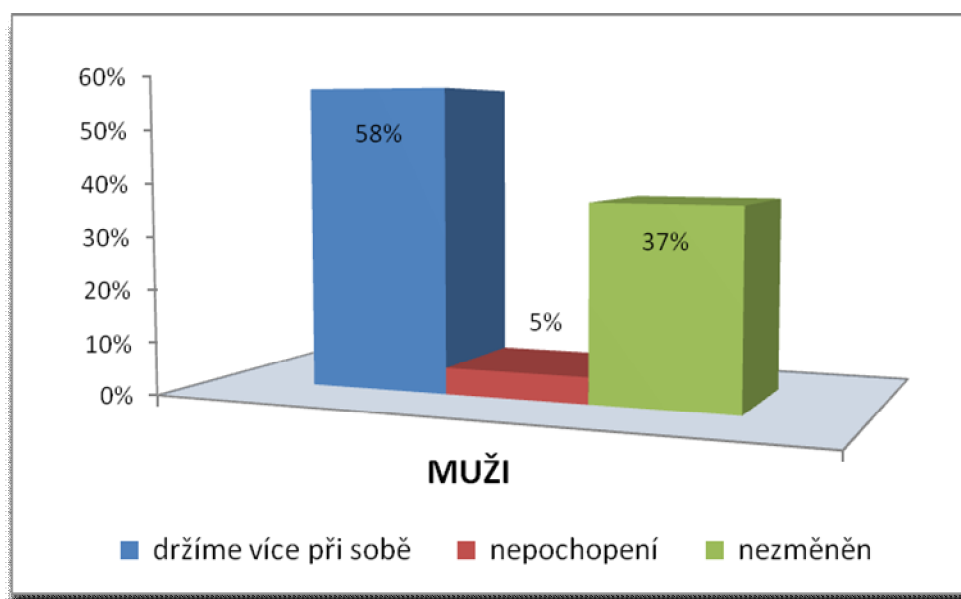
Tabulka č. 5. 1 Vztah s manželem / partnerem (kou) dle pohlaví

VZTAH S PARTNEREM	ŽENY		MUŽI	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
držíme více při sobě	17	70,83%	11	57,89%
nepochopení	4	16,67%	1	5,26%
nezměněn	3	12,50%	7	36,84%
celkem (N)	24	100,00%	19	100,00%

Graf č. 5. 1 Vztah s manželem / partnerem – ŽENY



Graf č. 5. 2 Vztah s manželkou / partnerkou – MUŽI

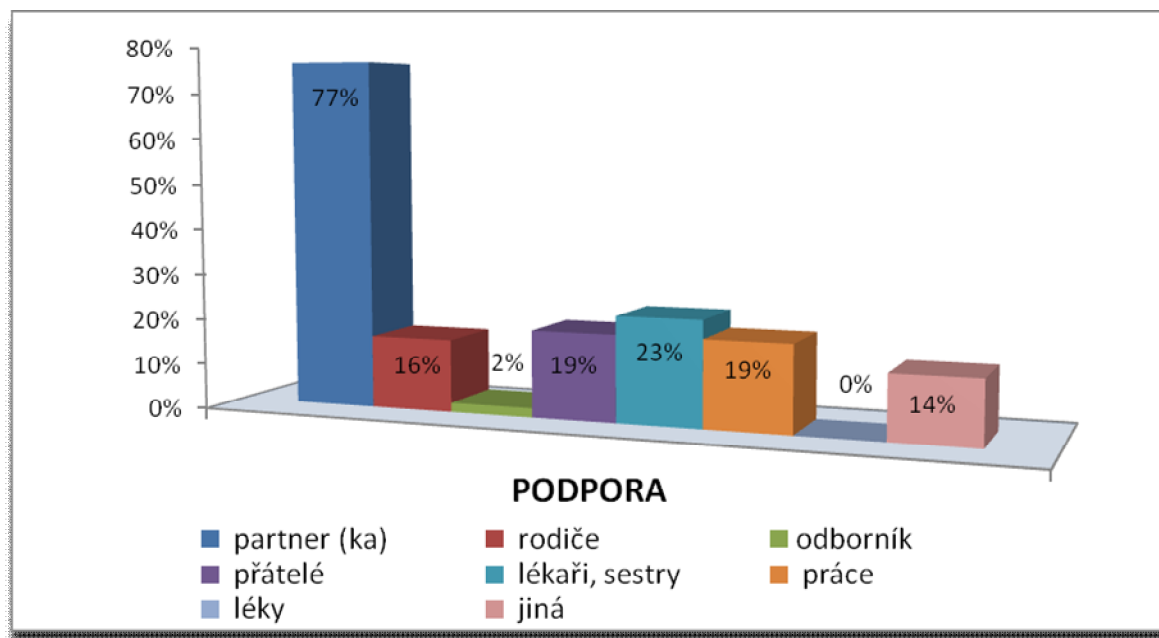


Položka č. 6 Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá při zvládnání tohoto psychicky náročného období?

Tabulka č. 6 Pomoc a podpora rodičů

PODPORA	n_i	f_i [%]
partner (ka)	33	76,74%
rodiče	7	16,28%
psycholog, psychiatr	1	2,33%
přátelé	8	18,60%
lékaři, sestry na odd.	10	23,26%
práce	8	18,60%
léky na uklidnění	0	0,00%
jiná	6	13,95%
celkem (N)	73	-

Graf č. 6 Pomoc a podpora rodičů



33 respondentům (77 %) ve zvládání psychicky náročné situace pomáhá partner. Pro 10 (23 %) respondentů jsou největší podporou lékaři a sestry na oddělení. Pomoc a podporu přinášejí 7 (16 %) respondentům rodiče a 8 (18 %) respondentům přátelé. Odvedení pozornosti na práci si jako možnost své odpovědi zvolilo 8 (18 %) respondentů. 6 (14 %) respondentů označilo jinou pomoc. Zde nejčastěji uváděli domácího mazlíčka, starší dítě a meditaci, relaxaci. Pomoc odborníka vyhledal jeden z dotázaných respondentů (2 %). Tabulka č. 6. 1 a graf č. 6. 1, 6. 2 znázorňují jednotlivé odpovědi z pohledu žen a mužů. V tabulce č. 6. 2 jsou uvedeny další faktory, které rodičům pomáhají v překonávání tohoto období.

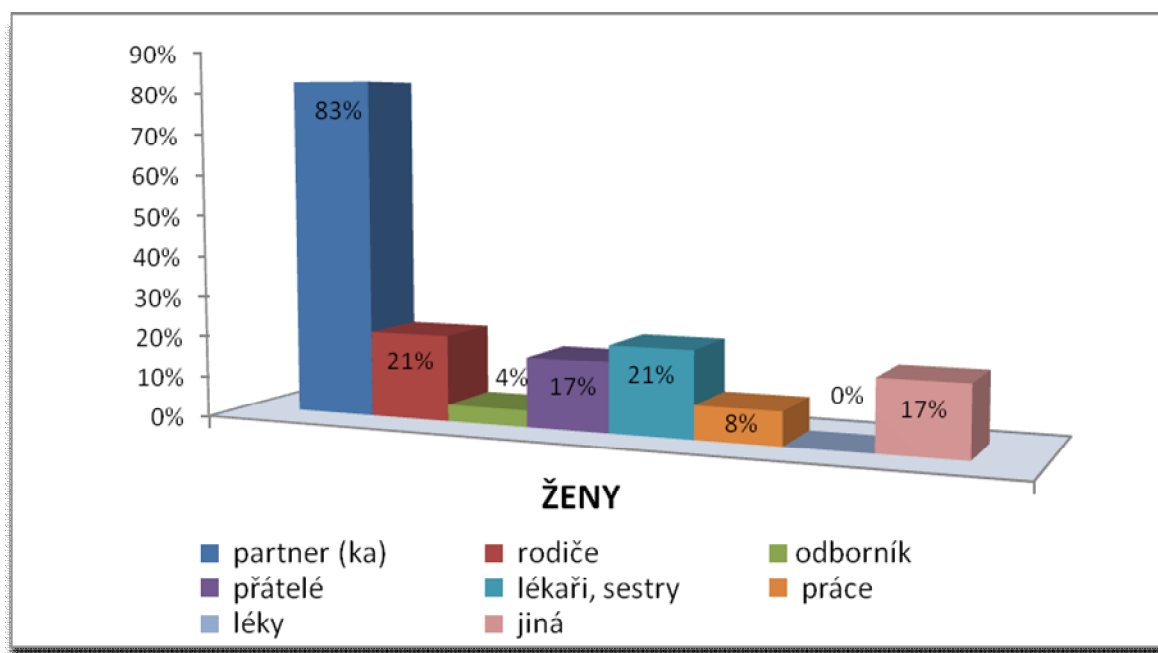
Tabulka č. 6. 1 Pomoc a podpora rodičů dle pohlaví

PODPORA	ŽENY		MUŽI	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
partner (ka)	20	83,33%	13	68,42%
rodiče	5	20,83%	2	10,53%
psycholog, psychiatr	1	4,17%	0	0,00%
přátelé	4	16,67%	4	21,05%
lékaři, sestry na odd.	5	20,83%	5	26,32%
práce	2	8,33%	6	31,58%
léky na uklidnění	0	0,00%	0	0,00%
jiná	4	16,67%	2	10,53%
celkem (N)	41	-	32	-

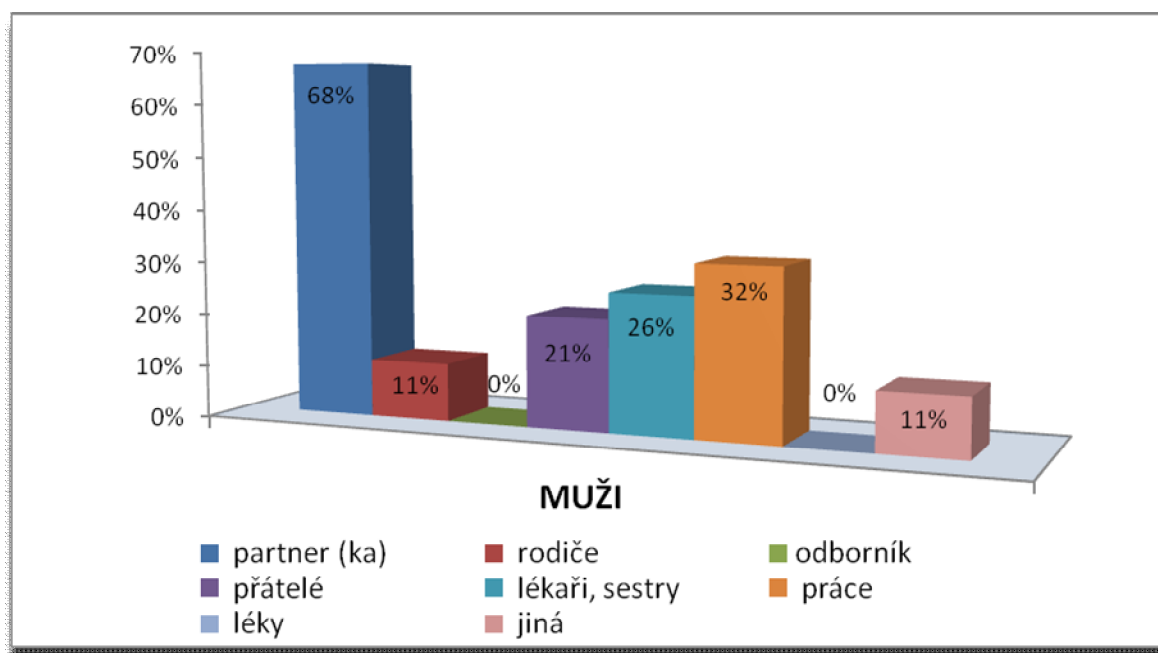
Tabulka č. 6. 2 Další podpora

DALŠÍ PODPORA	ŽENY	MUŽI
domácí mazlíček	1	1
starší dítě	1	0
meditace, relaxace	2	0
beru věci tak, jak jsou	0	1

Graf č. 6. 1 Pomoc a podpora rodičů – ŽENY



Graf č. 6. 2 Pomoc a podpora rodičů - MUŽI



Cíl 2: Zjistit, jak působí ošetřující tým na rodiče.

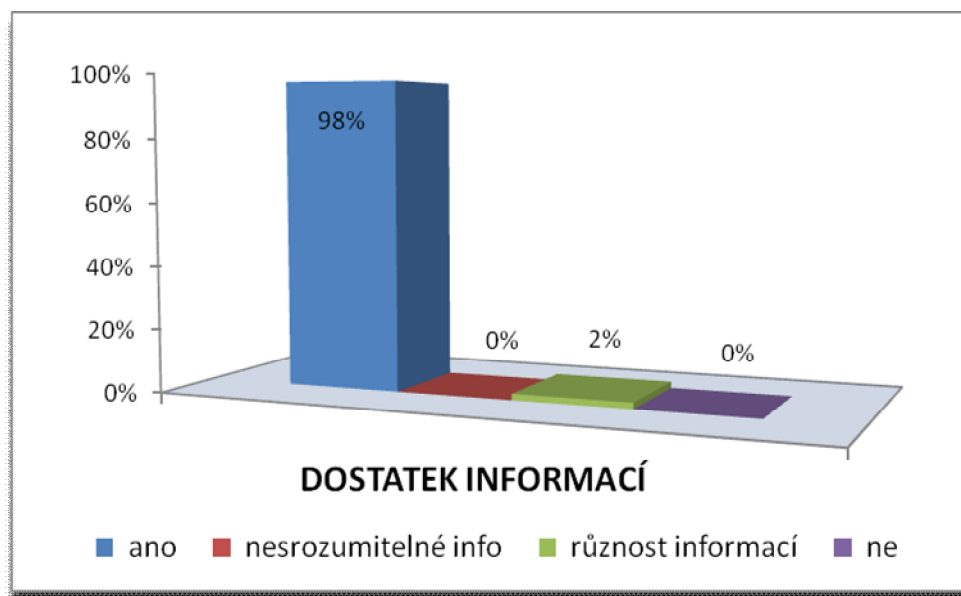
K cíli se vztahují položky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Položka č. 10 *Máte dostatek informací o stavu svého dítěte?*

Tabulka č. 7 Spokojenost s množstvím informací o stavu dítěte

DOSTATEK INFORMACÍ	n_i	f_i [%]
ano	42	97,67%
nesrozumitelné info	0	0,00%
různost informací	1	2,33%
ne	0	0,00%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 7 Spokojenost s množstvím informací o stavu dítěte



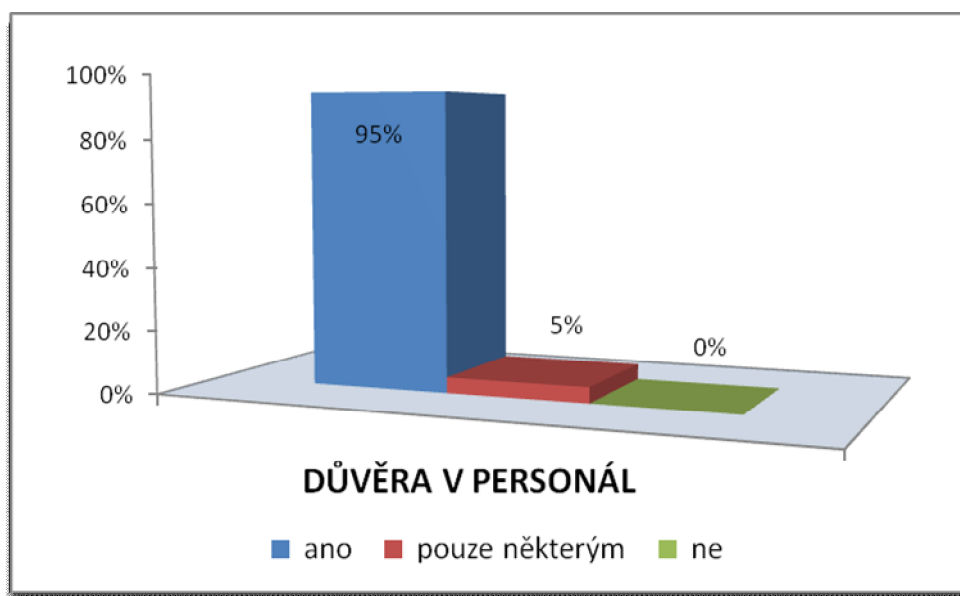
42 (98 %) respondentů uvedlo spokojenost s množstvím a formou sdělování informací o zdravotním stavu svého dítěte. Pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že získal různé informace od lékařů a od sester.

Položka č. 11 Máte důvěru v ošetřující tým (lékaře, sestry)?

Tabulka č. 8 Důvěra v ošetřující tým

DŮVĚRA V PERSONÁL	n_i	f_i [%]
ano	41	95,35%
pouze některým	2	4,65%
ne	0	0,00%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 8 Důvěra v ošetřující tým



Naprostá většina dotázaných respondentů, 41 (95 %) má důvěru v celý ošetřující tým a věří, že personál dělá pro jejich dítě to nejlepší. Pouze 2 respondenti (5 %) uvedli, že věří jen některým lékařům a sestrám.

Položka č. 12 *Jak na Vás působí ošetřující tým (lékaři, sestry) jako celek?*

Tabulka č. 9 Působení personálu na respondenty

PŮSOBENÍ PERSONÁLU	n_i	f_i [%]
profesionálové	43	100,00%
pracují automaticky	0	0,00%
práce je nebaví	0	0,00%
nekomunikativní	0	0,00%
celkem (N)	43	100,00%

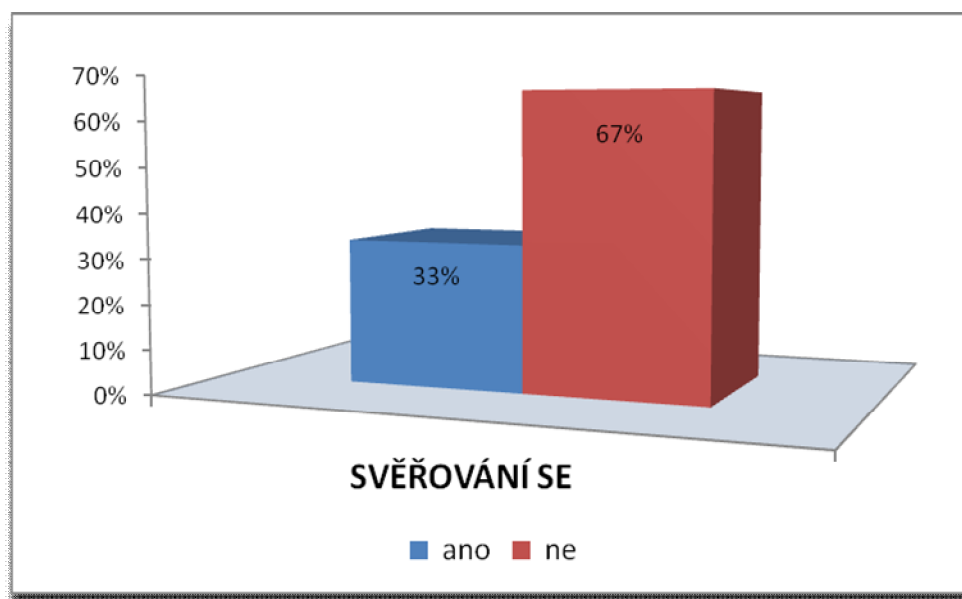
Všech 43 (100 %) dotázaných respondentů vidí sestry i lékaře jako profesionály ve svém oboru, příjemné a připravené pomoci.

Položka č. 13 *Svěřujete se lékařům, sestrám se svými pocity, problémy?*

Tabulka č. 10 Svěřování se rodičů ošetřujícímu týmu

SVĚŘOVÁNÍ SE	n_i	f_i [%]
ano	14	32,56%
ne	29	67,44%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 9 Svěřování se rodičů ošetřujícímu týmu



Z výsledků vyplývá, že 14 respondentů (33%) se svěřilo ošetřujícímu týmu se svými pocity a 29 respondentů (67 %) se nesvěřilo. Důvody, proč se rodiče nesvěřují se svými pocity a problémy, jsou uvedeny v položce 15.

Položka č. 14 *Jaká byla reakce lékařů/ sester, když jste se jim se svými starostmi svěřil (a)?*

Tabulka č. 11 Reakce personálu na starosti respondentů

REAKCE NA SVĚŘENÍ	n_i	f_i [%]
snaha pomoci	14	100,00%
projevení účasti	0	0,00%
nezájem o problémy	0	0,00%
celkem (N)	14	100,00%

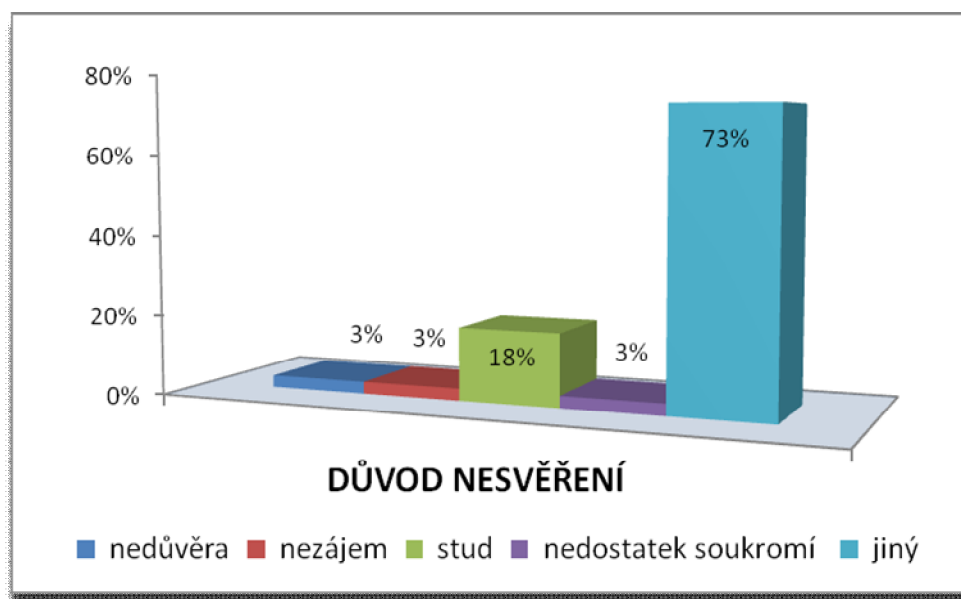
Všech 14 respondentů (100 %), kteří se svěřili se svými starostmi lékařům nebo sestrám, uvedlo, že ošetřující tým je vyslechl, snažil se jim pomoci a podal doplňující informace a rady.

Položka č. 15 Uved'te důvod, proč jste se nesvěřil (a) lékařům/ sestrám se svými problémy?

Tabulka č. 12 Důvod nesvěření se personálu

DŮVOD NESVĚŘENÍ	n_i	f_i [%]
nedůvěra	1	3,45%
nezájem	1	3,45%
stud	5	17,24%
nedostatek soukromí	1	3,45%
jiný	21	72,41%
celkem (N)	29	100,00%

Graf č. 10 Důvod nesvěření se personálu

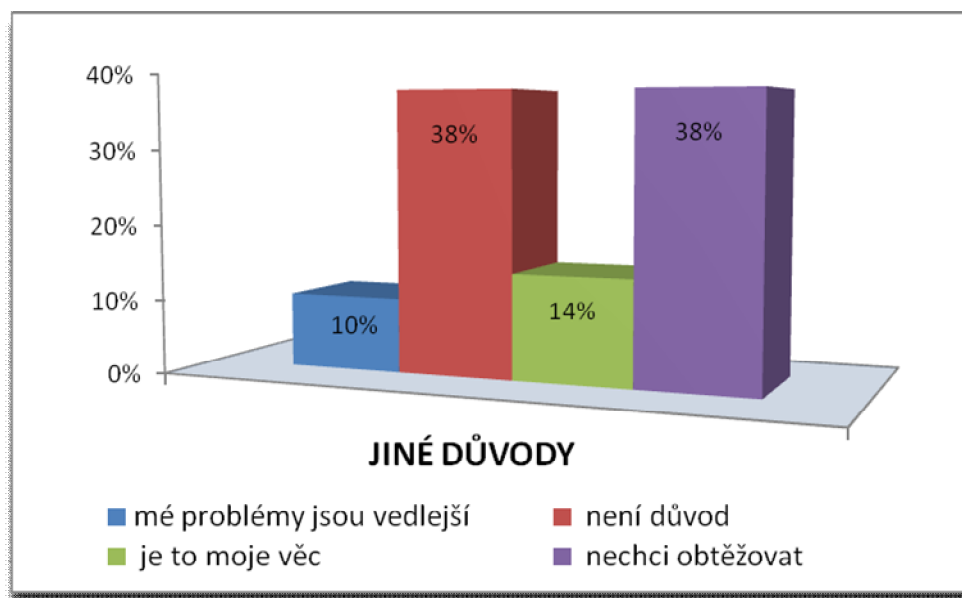


Z 29 respondentů (100 %), kteří se nesvěřili se svými starostmi personálu, 1 respondent (3 %) jako důvod uvedl nedůvěru, 1 (3 %) zájem o vyslechnutí a 1 (3 %) nedostatek soukromí. 5 respondentů (17 %) se nesvěřilo pro pocity studu. Jiný důvod uvedlo 21 (72 %) respondentů: „není důvod, nechci obtěžovat, je to moje věc a mé problémy jsou vedlejší, personál je tu pro mé dítě a ne pro mě“. Procentuelně vyjádřeno v tabulce č. 12. 1 a grafu č. 10. 1.

Tabulka č. 12. 1: Ostatní důvody nesvěření se personálu

JINÉ DŮVODY	n_i	f_i [%]
mé problémy jsou vedlejší	2	9,52%
není důvod	8	38,10%
je to moje věc	3	14,29%
nechci obtěžovat	8	38,10%
celkem (N)	21	100,00%

Graf č. 10. 1: Ostatní důvody nesvěření se personálu



Cíl 3: Zjistit, jak působí prostředí oddělení nedonošených dětí na rodiče.

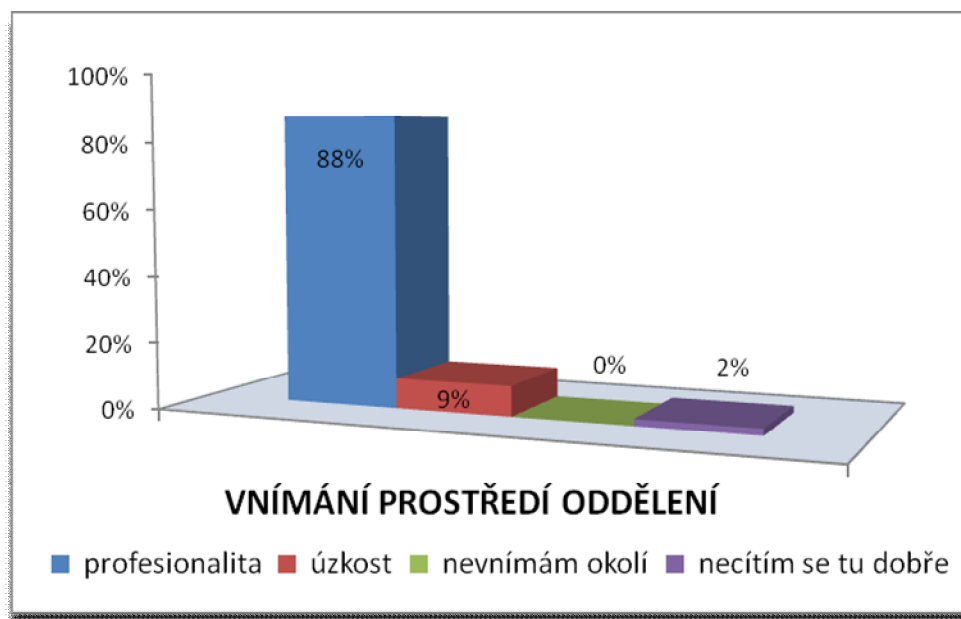
K cíli se vztahují položky č. 7, 8 a 9.

Položka č. 7 Jak vnímáte prostředí oddělení nedonošených dětí?

Tabulka č. 13 Vnímání prostředí oddělení

PROSTŘEDÍ ODD.	n_i	f_i [%]
příjemné, profesionální	38	88,37%
úzkost, mnoho přístrojů	4	9,30%
nevnímám okolí	0	0,00%
necítím se tu dobře	1	2,33%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 11 Vnímání prostředí oddělení



Z odpovědí vyplývá, že na 38 (88 %) respondentů působí oddělení nedonošených dětí příjemně a profesionálně, 4 respondenti (9 %) pociťují při vstupu na oddělení úzkost a 1 respondent (2 %) uvedl, že se zde necítí dobře. Důvodem jsou časté alarmy monitorů. Odpověď „nevnímám okolí, soustředím se pouze na své dítě“ nezvolil ani jeden z rodičů.

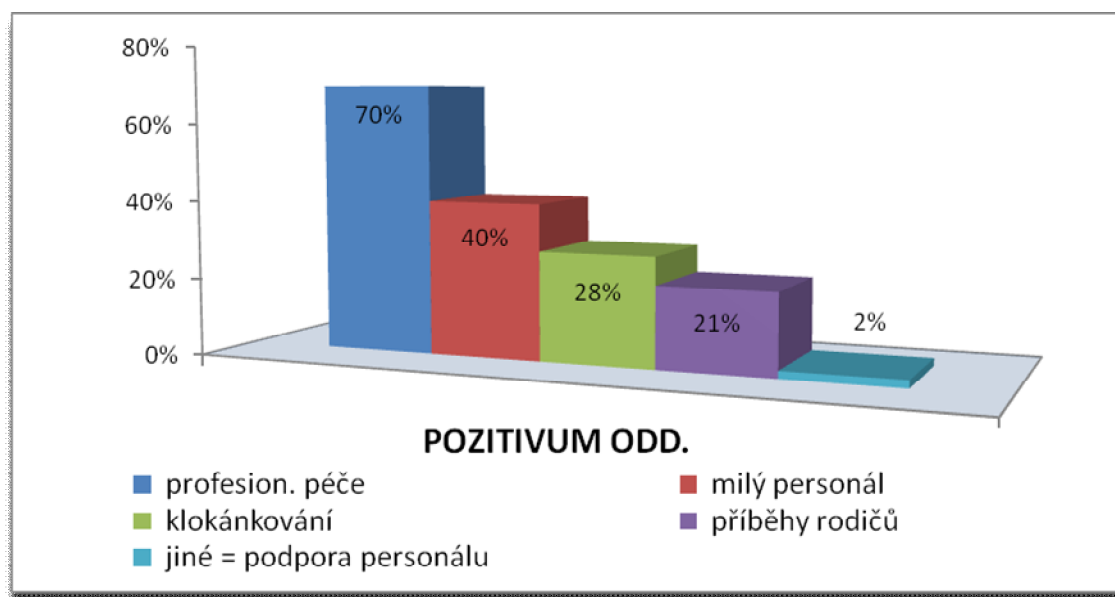
Položka č. 8 Co vnímáte jako největší pozitivum na oddělení nedonošených dětí?

Zpracování odpovědí – relativní četnost je počítána ze 43 (100 %) respondentů, resp. 24 (100%) žen a 19 (100 %) mužů.

Tabulka č. 14 Pozitivum na oddělení

POZITIVUM ODD.	n _i	f _i [%]
profesionální péče	30	69,77%
příjemný, milý personál	17	39,53%
klokánkování	12	27,91%
příběhy jiných rodičů	9	20,93%
jiné = podpora personálu	1	2,33%
celkem (N)	69	-

Graf č. 12 Pozitivum na oddělení



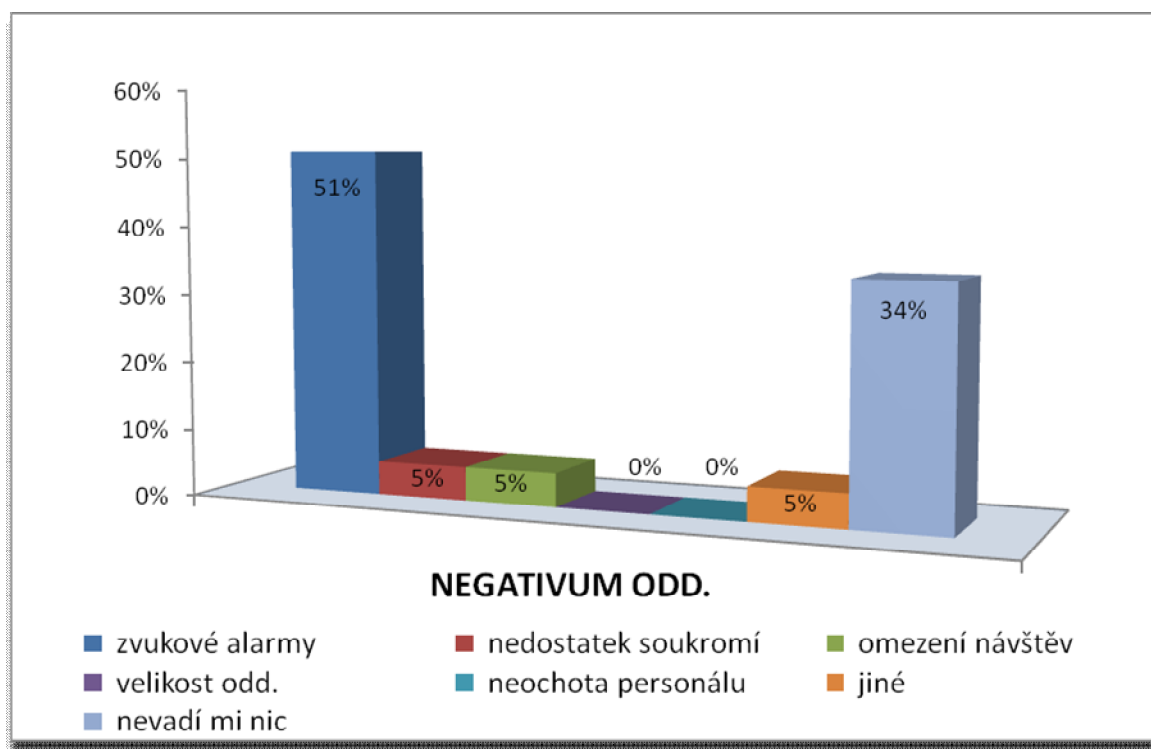
Z počtu 43 (100 %) respondentů uvedlo jako největší pozitivum na oddělení nedonošených dětí vysoce profesionální péči 30 (70 %) respondentů, příjemný a milý personál 17 (40 %) respondentů. Možnost brzkého klokánkování dítěte si zvolilo 12 (28 %) respondentů, povzbuzující příběhy jiných rodičů 9 (21 %) respondentů. 1 respondent (2 %) uvedl jako pozitivum podporující personál.

Položka č. 9 Co vnímáte jako největší negativum na oddělení nedonošených dětí?

Tabulka č. 15 Negativum na oddělení

NEGATIVUM ODD.	n_i	f_i [%]
zvukové alarmy	22	51,16%
nedostatek soukromí	2	4,65%
omezení návštěv	2	4,65%
velikost odd.	0	0,00%
neochota personálu	0	0,00%
jiné	2	4,65%
nevadí mi nic	15	34,88%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 13 Negativum na oddělení



Pro nejpočetnější skupinu respondentů 22 (51 %) jsou největším negativem neustálé zvukové alarmy monitorů. 2 respondentům (5 %) vadí nedostatek soukromí a 2 respondentům (5 %) omezení návštěv pouze na otce a matku. Další možnosti, jako je příliš velké oddělení a neochotu a nedostatek komunikace, nezvolil žádný respondent. 15 respondentů (35 %) nevidí žádná negativa na oddělení. 2 respondenti (5 %) označili jako negativum jinou odpověď: „1 vidí jako největší negativum fakt, že zde musí jeho dítě být a 1 respondent poukázal na nemožnost rozeznání lékařů od sester.“

Cíl 4: Zjistit, jak může ošetřující tým napomoci zlepšení psychického stavu rodičů.

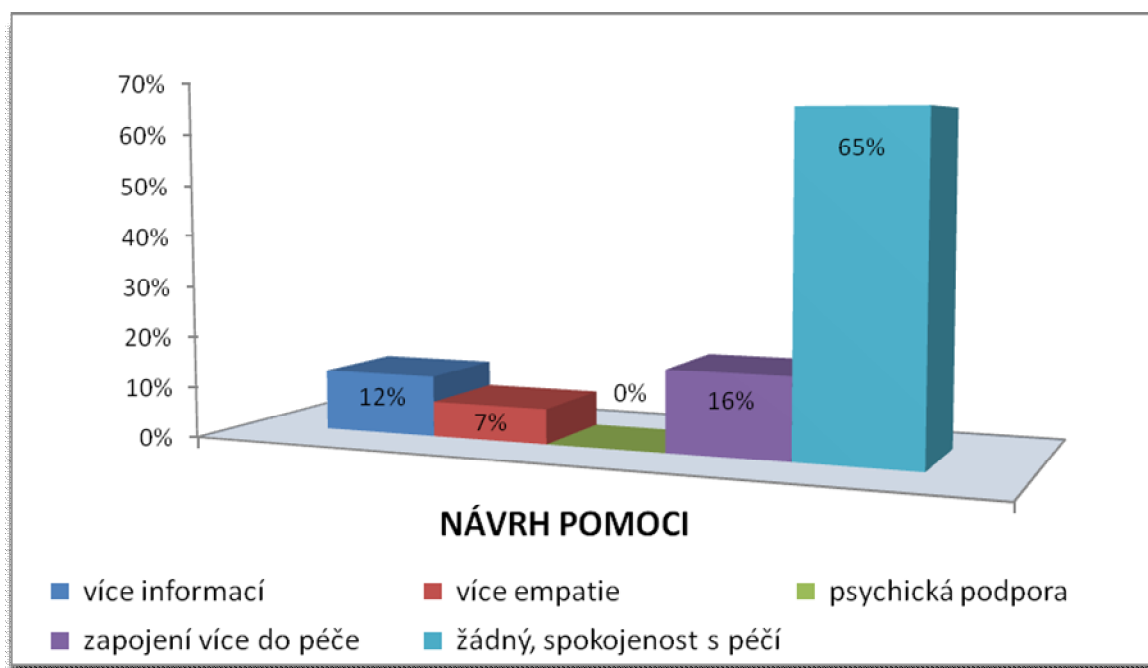
K cíli se vztahuje položka č. 16.

Položka č. 16 *Jak Vám můžeme napomoci k lepší psychické pohodě? Co byste nejvíce ocenil (a)?*

Tabulka č. 16 Návrh pomoci

NÁVRH POMOCI	n_i	f_i [%]
více informací	5	11,63%
více empatie	3	6,98%
psychická podpora	0	0,00%
zapojení více do péče	7	16,28%
žádný, spokojenost s péčí	27	62,79%
jiný	1	2,33%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 14 Návrh pomoci

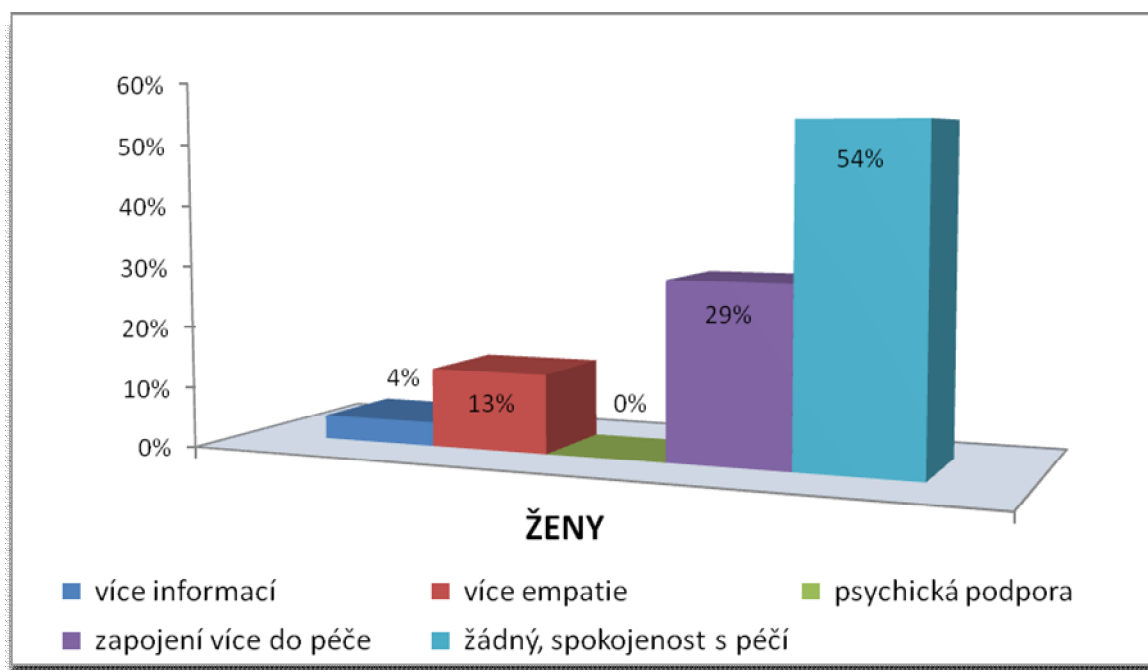


5 respondentů (12 %) by v rámci navození lepší psychické pohody ocenilo více informací, 3 respondenti (7 %) více empatie a 7 respondentů (16 %) by se rádo více zapojilo do péče o dítě. Zbýlých 28 respondentů (65 %) je spokojeno s péčí o své dítě. Tabulka č. 16. 1 a graf č. 14. 1, č. 14. 2 znázorňuje jednotlivé odpovědi z pohledu žen a mužů.

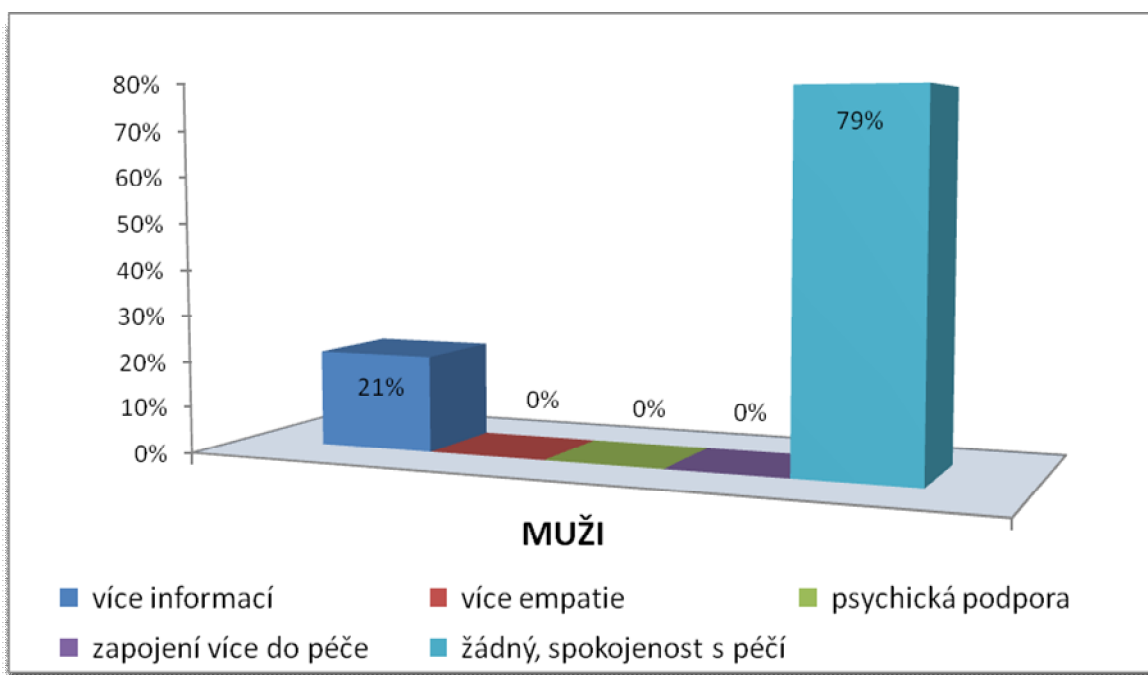
Tabulka č. 16.1 Návrh pomoci dle pohlaví

NÁVRH POMOCI	ŽENY		MUŽI	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
více informací	1	4,17%	4	21,05%
více empatie	3	12,50%	0	0,00%
psychická podpora	0	0,00%	0	0,00%
zapojení více do péče	7	29,17%	0	0,00%
žádný, spokojenost s péčí	13	54,17%	15	78,95%
celkem (N)	24	100,00%	19	100,00%

Graf č. 14.1 Návrh pomoci z pohledu žen



Graf č. 14.2 Návrh pomoci z pohledu mužů



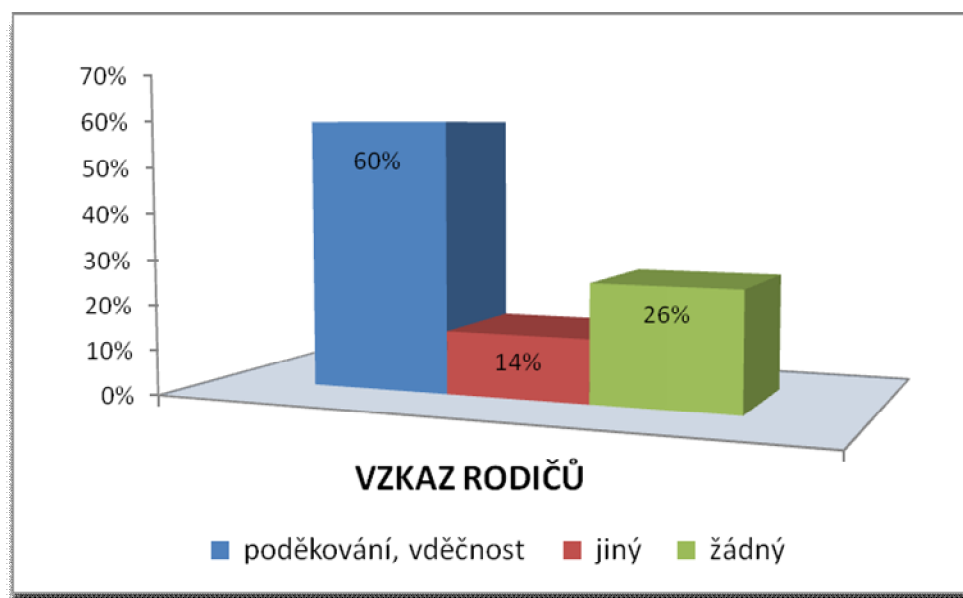
4 muži (21 %) potřebují více informací o zdravotním stavu dítěte, 3 ženy (13 %) touží po větší empatii personálu, a 7 žen (29 %) po větším kontaktu s dítětem a zapojení více do péče v rámci možností zdravotního stavu dítěte.

Položka č. 17 Máte na srdci něco, co byste chtěl (a) vzkázat ošetřujícímu týmu (lékařům, sestráům)?

Tabulka č. 17 Vzkaz rodičů ošetřujícímu týmu

VZKAZ RODIČŮ	n_i	f_i [%]
poděkování, vděčnost	26	60,47%
jiný	6	13,95%
žádný	11	25,58%
celkem (N)	43	100,00%

Graf č. 15 Vzkaz rodičů ošetřujícímu týmu



26 respondentů (60 %) v poslední otázce vyjádřilo poděkování a vděčnost za péči, podporu a maximální snahu o záchranu dítěte. 11 respondentů (26 %) tuto volnou položku nevyplnilo. 6 respondentů (14 %) napsalo ošetřujícímu týmu vzkaz: 4 respondenti vyjádřili obdiv nad náročnou prací lékařů a sester a 2 respondenti (matky) si díky předčasnému porodu uvědomili cenu života a přehodnotili životní priority.

8. 6 Shrnutí výsledků empirického šetření

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rozdíly mezi ženami a muži v prožívání náročné životní situace - narození nedonošeného dítěte.

Z výsledků vyplynulo, že u zhruba 40 % rodičů (38 % žen a 42 % mužů) při prvním kontaktu s dítětem převažovaly pocity štěstí. Lítost nad dítětem projevovalo mnohem více matek než otců (58 % matek a 21 % otců). Matky také často udávaly ambivalentní pocity – pocity štěstí společně lítostí nebo šokem. Muži již při prvním setkání s dítětem pociťovali větší strach z budoucnosti, popř. vztek, strach a beznaděj (21 % mužů).

Pocity viny z předčasného porodu trpí každá 5. - 6. žena (21 %) a každý 10. muž (11 %). Téměř polovina žen (46 %) pociťuje i v současnosti neustálý stres a velký strach o dítě a stejné procento žen se snaží myslet pozitivně a těší se ze svého dítěte. Naproti tomu muži po prvotním šoku z předčasného porodu více myslí pozitivně a věří ve šťastný konec (63 %) a strach o dítě a neustálý stres prožívá „jen“ každý pátý muž (21 %). Ambivalentní pocity - střídání pocitů štěstí a strachu, společně s vyčerpáním udávalo 7 % respondentů.

Téměř ¾ žen (71 %) cítí, že společné prožití předčasného porodu a starostí o život dítěte utužilo jejich společný vztah s partnerem. Každá 6. žena (17 %) si postěžovala na nepochopení od partnera. 37 % mužů uvedlo, že vztah s partnerkou se příchodem dítěte na svět nezměnil. Oproti tomu tento pocit udává jen 12 % žen.

Pro ženy je největší oporou při vyrovnávání se s nastalou situací partner (83 %). Na druhé místo v pořadí důležitosti ženy řadí rodiče (21 %) a ošetřující tým (21 %). Výraznou podporu poskytují také přátelé (17 %) a další podpora (17 %). Ženy využívají meditaci, relaxaci a při zvládání nastalé situace jim napomáhá také péče o staršího sourozence nebo domácího mazlíčka. Jedna z oslovených žen musela vyhledat odbornou pomoc u psychologa. Mužům také nejvíce napomáhá partnerka, a to v 68 %. Při vyrovnání se se stresem muži upřednostňují obracení pozornosti na práci (32 %), komunikaci se sestrami a lékaři na oddělení (26 %). Velkou oporou jsou mužům přátelé (21 %), rodiče kvůli psychické podpoře vyhledává pouze 11 % mužů.

Výsledky ukazují, že jsou jasné rozdíly mezi ženami a muži v prožívání a vyrovnávání se s předčasným narozením dítěte.

Cíl 1 byl splněn.

Cíl 2: Zjistit, jak působí ošetřující tým na rodiče.

98 % respondentů uvedlo, že mají dostatek informací o zdravotním stavu dítěte. Pouze 1 z dotázaných respondentů (2 %) se setkal s poskytnutím rozdílných informací od lékaře a sestry. 95 % rodičů plně důvěřuje celému ošetřujícímu týmu, 5 % důvěřuje pouze některým lékařům a sestrám.

Na otázku, jak na Vás působí ošetřující tým jako celek, odpovědělo všech 43 respondentů, že lékaři a sestry vystupují jako profesionálové. Žádný z rodičů si nepostěžoval, že by ošetřující tým byl nekomunikativní, nepřátelský, ani neměli pocit, že sestry pracují rutinně a práce je nebaví.

Celé 2/3 rodičů (67 %) se nesvěřují se svými starostmi ošetřujícímu týmu. Jako nejčastější důvod uváděli, že nechtějí obtěžovat (38 %), nebyl důvod (38 %) a stud (17 %). Všichni rodiče, kteří se svěřili se svými problémy lékařům a sestrám (33 %) uvedli, že se jim dostalo pomoci a pochopení.

Cíl 2 byl splněn.

Cíl 3: Zjistit, jak působí prostředí oddělení nedonošených dětí na rodiče.

Oddělení nedonošených dětí je rodiči vnímáno v 88 % jako příjemné a profesionální. 9 % dotázaných respondentů pociťuje při vstupu na oddělení úzkost způsobenou množstvím přístrojů.

Jako největší pozitivum respondenti uváděli vysoce profesionální péči (70 %), příjemný a milý personál (40 %) a možnost klokánkovat své dítě i přesto, že je na ventilátoru (28 %). Zvláště pro ženy jsou důležité také fotografie a příběhy jiných rodičů (29 % žen, oproti 11 % mužů).

Největším negativem byly pro 51 % respondentů neustálé zvukové alarmy dětí. Více než 1/3 respondentů (35 %) nevádí na oddělení nic, jsou plně spokojeni s prostředím a chodem oddělení. 8 % žen vadí nedostatek soukromí, tuto odpověď ne zvolil ani jeden muž. 11 % mužů je nespokojených s omezením návštěv pouze na matku a otce, naopak tuto možnost neoznačila ani jedna žena.

Cíl 3 byl splněn.

Cíl 4: Zjistit, jak může ošetřující tým napomoci zlepšení psychického stavu rodičů.

54 % žen a 79 % mužů je plně spokojeno s péčí o své dítě a nepodali žádný návrh ke zlepšení jejich psychického stavu. 13 % žen by ocenilo více empatie, 29 % žen větší zapojení do péče o dítě, muži tyto potřeby nemají (0 % mužů). Každý 5. muž (21 %) by ocenil více informací, tuto potřebu uvedla pouze 1 žena (4 %).

Cíl 4 byl splněn.

9 DISKUSE

Empirická část mé bakalářské práce je zaměřena na prožívání rodičů předčasně narozených dětí. Prováděla jsem kvantitativní výzkum mezi rodiči dětí umístěných na resuscitačním oddělení v ÚPMD. Zvolila jsem metodu nestandardizovaného anonymního dotazníku. Položky jsem stanovila dle mých dlouholetých zkušeností na tomto oddělení. Přesto jsem měla určité pochybnosti, zda jsem zvolila výstižné odpovědi. Provedla jsem proto nejprve pilotní studii se sedmi respondenty. Po malé úpravě jsem pak rozdávala dotazníky všem rodičům, kromě rodičů mající dítě v kritickém stavu.

Počet nevrácených dotazníků tvoří 10 %. Vzhledem k anonymitě výzkumu se mohu jen dohadovat, proč je toto číslo poměrně vysoké. Možná je to tím, že rodiče mají zcela jiné starosti a nemají náladu na vyplňování dotazníku, možná pro ně byly dotazované informace natolik citlivé a intimní, že se nechtěli se svými pocity svěřit ani touto anonymní formou.

I přesto, že dotázaní respondenti byli požádáni, aby volili (kromě otázky číslo 6) pouze jednu odpověď, mnoho jich odpovědělo více možnostmi. Domnívám se, že prožívání předčasněho porodu je tak náročná a vypjatá situace, že pro rodiče není možné odpovědět jednoznačně. Mísí se v nich různé pocity, které se často střídají, radost a strach, štěstí a zármutek, naděje a zklamání...

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují prožívání rodičů nedonošených dětí. Z vyhodnocení výsledků vyplynulo, že na prožívání rodičů se podílí celá řada faktorů. Již samotný předčasný porod je spojený s náhlou ztrátou jistoty, velkým stresem, který ovlivní život celé rodiny. Život, který do té doby plynul v radostném očekávání příchodu dítěte na svět, se předčasným porodem radikálně změní. Už nic není tak, jak bývalo. Objevuje se obrovský strach o nového človíčka, který je tak malinký, že se v inkubátoru mezi všemi hadičkami a přístroji skoro ztrácí. Nejkritičtějších je prvních 48 hodin života, ale ani pak není zdaleka vyhráno, dítě je během svého pobytu v inkubátoru ohroženo mnoha možnými komplikacemi, počínaje infekcí, přes problémy s tolerancí stravy, poruchy dýchání a vnitřního prostředí až po vznik nitrolebního krvácení nebo retinopatie. Rodiče jsou tak vystavováni každodennímu stresu po mnoho týdnů. Jsou ovlivňováni svými pocity, nejbližší rodinou, prostředím resuscitačního oddělení,

ošetřujícím týmem a dalšími faktory, které jsou popsány výše. Jejich psychický stav velmi úzce souvisí s tím, jak se daří jejich dítěti. V příloze G je popsán skutečný příběh rodičů nedonošeného dítěte a jejich dlouhá cesta pobytem v nemocnici plná strachu, zoufalství, radosti a nadějí.

Příjemně mě překvapilo, jaké pocity udávali rodiče při prvním kontaktu s dítětem. Předpokládala jsem, že mnohem více rodičů bude při prvním pohledu na své dítě v šoku a že bude převládat spíše strach o dítě než pocity štěstí. Jsem ráda, že i v takto těžké situaci rodiče prožívají nejen negativní pocity, ale jsou schopni těšit se ze svého dítěte. Možná je to dáno také tím, že mnoho dětí, které leží na resuscitačním oddělení, je tzv. „vymodlených“. Často jsou to děti po umělém oplodnění nebo po komplikovaném těhotenství a mnoho rodičů si uvědomuje to štěstí, že díky moderní medicíně mohli vůbec otěhotnět a dítě dostalo šanci na život. Není totiž tak daleko doba, kdy hranice pro zahájení intenzivní péče byla mnohem vyšší. Teprve v roce 1994 došlo ke snížení hranice viability, tedy životaschopnosti, z 27. na 24. týden těhotenství.

Udivilo mě, že i dva otcové uvedli pocity viny z předčasného porodu. Tuto položku jsem považovala spíše za typicky ženský pocit. Cílem všech lékařů a sester pracujících na oddělení pro nedonošené děti by měla být snaha o odstranění pocitů viny. V naprosté většině případů totiž matka nemůže za to, že porod nastal dříve. Pokud ale rodič cítí vinu, nemůže plně otevřít své srdce pro přijetí dítěte a soustředit se na vyrovnaní se s předčasným porodem a navození pozitivního myšlení. Je dokázáno, že nervózní rodiče přenáší svou nervozitu a strach i na dítě, které to z nich vycítí a je pak také podrážděné, nespokojené a hůře prospívá.

Na nepochopení partnera si více stěžovaly ženy než muži (17 % žen). Vysvětlují si to tím, že ženy mají větší strach o dítě, jsou na něj více zaměřeny a plně zaměstnány odstříkáváním mateřského mléka a dojížděním za dítětem. Často jsou také přes den samy doma, jen se svými strachy a pocity nejistoty a neustále se zabývají myšlenkami na dítě. Muži naopak většinu dne tráví v práci a nemají pak tolik pochopení pro neustálý partnerčin strach. Často jsou na své malé dítě pyšní a nepřipouští si žádné komplikace.

Jsem velmi potěšena výsledky působení lékařů a sester na rodiče. Jsem ráda, že v nás vidí profesionály ve svém oboru a mají v nás důvěru. Bohužel mě zklamalo, že celé 2/3 rodičů se nesvěřují se svými starostmi. Jak vyplývá z výsledků, mnoho rodičů ani

nenapadne svěřovat se zdravotníkům, nechtějí přidělovat práci a mají pocit, že ani není v kompetenci lékařů a sester starajících se o jejich dítě jim pomáhat. Zde vidím největší rezervy ošetřujícího týmu. Přesvědčit rodiče, že naše péče je komplexní, že se snažíme postarat nejen o dítě, ale i o rodiče.

Dalším překvapením bylo vyhodnocení otázky, co považují rodiče za největší negativa na oddělení. Domnívala jsem se, že pro mnohem větší procento rodičů budou negativem neustálé zvukové alarmy monitorů, kterých je při takto velkém oddělení opravdu hodně. Můj předpoklad byl zhruba 80 % rodičů. Jak je vidět, zde se asi nejvíce liší vnímání sester a rodičů. Pravděpodobně je to dáno tím, že se rodiče soustředí pouze na své dítě a ostatní alarmy tolik nevnímají, že u svých dětí netráví celých 12 hodin a že je naší snahou tyto zvukové alarmy eliminovat zvukovým ztišením, zbytečně rodiče nestresovat a ostatním dětem zajistit co nejklidnější prostředí.

V současné době se v České republice tématu prožívání rodičů nedonošených dětí věnují autoři knih a publikací většinou pouze okrajově. Za zcela průlomové a jedinečné publikace zaměřené na nedonošené děti a jejich rodiče považuji knihy: „Narodilo se předčasně“ od autorky Dokoupilové (2009) a „Narodilo se s problémy, a co bude dál?“ od Sobotkové a Dittrichové (2009). Tyto knihy se staly pro mnohé rodiče inspirací, nadějí a zdrojem cenných informací. Studie zaměřené přímo na rodiče nedonošených dětí se ve světě objevují od počátku 80. let minulého století. Nejvýznamnější z nich je studie Klause a Kennella z roku 1970 – „Matky oddělené od svých novorozenech dětí“ a studie Afflecka, Tennena a Rowea z roku 1991 – „Děti v krizi – jak se rodiče vyrovnávají s intenzivní péčí o novorozence a jejími následky“.

Otázkou pocitů matek po předčasném porodu a vývojem vztahu k dítěti se v roce 2009 zabývalo také několik prací na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Tyto výzkumy však byly prováděny pouze na malém počtu žen (6 – 8 žen), jejichž děti byly jen lehce nebo středně nezralé. Výzkumnou metodou byl rozhovor. Tyto práce byly zaměřeny pouze na ženy a žádný z nich se nevěnoval rozdílům v prožívání z pohledu otců a matek ani působení ošetřujícího týmu, prostředí a dalších faktorů na rodiče. Domnívám se, že právě výzkumné cíle mé práce a větší počet respondentů jsou největším přínosem této práce. Dalším předmětem průzkumného šetření by mohlo být například zjišťování, zda jsou rozdíly v prožívání předčasného porodu v závislosti na gestačním týdně

těhotenství. Nabízí se totiž, že rodiče, kterým se narodilo dítě více nedonošené, budou prožívat větší obavy a strach o dítě než rodiče s méně nedonošeným dítětem. Také zdravotničtí pracovníci mají tendenci přistupovat k rodičům rozdílně a zlehčují pocity a starosti matek a otců lehce nezralých novorozenců. Výsledky odpovědí dotázaných rodičů však naznačují, že i tito rodiče prožívají velký strach o své dítě.

V péči o nedonošené dítě je nutné zabývat se problematikou etického přístupu k předčasnému porodu na hranici viability plodu. Viabilita totiž neznamená jen přežití jako takové, ale zabývá se také aspektem následné kvality života, tedy přežití bez závažného postižení. Americká pediatriká akademie vydala stanovisko s doporučením, aby rozhodnutí o zahájení intenzivní péče u vysoce rizikových novorozenců bylo učiněno společně lékařským týmem a rodiči. Intenzivní péče není indikována v případě, že je velmi pravděpodobná časná smrt a přežití by bylo spojené s nepříjemně těžkou morbiditou. Intenzivní péče je indikována tehdy, když je přežití pravděpodobné a riziko těžké morbidity je nízké. V případech, kdy je prognóza nejistá, ale pravděpodobně velmi špatná, a případné přežití by bylo spojené se sníženou kvalitou života dítěte, by mělo být při zahájení nebo nezahájení intenzivní péče respektováno přání rodičů. Ptáček (2011, str. 167) ve své knize uvádí Doporučení Rady pro bioetiku z roku 2006, viz Příloha H.

Praxe v ÚPMD je taková, že respektuje stanovisko Americké pediatriké akademie. Při hrozícím porodu ve 23. týdnu těhotenství se sejde lékařské konzilium s rodiči a po zvážení všech kritérií je konečné rozhodnutí na rodičích. S tímto přístupem se plně ztotožňuji. Dle mého názoru není vhodné za každou cenu zachraňovat děti nižšího gestačního týdne. Jsem přesvědčena, že toto rozhodnutí rodičů je jedno z nejtěžších v jejich životě, vždyť přeci nerozhodují za sebe, ale za své nenarozené dítě. Ale riziko, že takto narozené děti budou mít těžký stupeň závažného poškození, je příliš veliké. Současná medicína přeci nechce jen zachraňovat lidské životy, ale má zájem na tom, aby prožitý život byl také kvalitní.

III. ZÁVĚR, NÁVRHY PRO PRAXI

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku psychického prožívání rodičů nedonošených dětí. V teoretické části jsem popsala příčiny předčasného porodu, terapeutické intervence směřující k oddálení porodu, přípravu na porod předčasného dítěte a způsob porodu. Další část byla věnována nedonošenému novorozenci. Aby bylo možné pochopit, jak se rodiče cítí, bylo nutné vysvětlit, jak nedonošený novorozenec vypadá, jaké má funkční známky nezralosti a jaké onemocnění ho díky předčasnému porodu nejvíce ohrožují. Pro vytvoření uceleného obrazu jsem popsala resuscitační oddělení, na kterém probíhala výzkumná sonda. Popsala jsem nejčastější pocity a nejčastější potřeby rodičů, které rodiče udávají, přičemž jsem vycházela ze své dlouholeté praxe u nedonošených dětí. Objasnila jsem také, jak vzniká stresová reakce, jaké má příznaky a důsledky. Samostatnou kapitolu jsem věnovala vytváření vztahové vazby rodič – dítě a podpoře rodičů nedonošených dětí. Součástí je uvedení nejčastějších způsobů kontaktu rodičů s dítětem na resuscitačním oddělení a komunikace ošetřujícího týmu s rodiči. V závěru teoretické části jsou popsány organizace, které napomáhají rodičům předčasně narozených dětí.

Empirická část zahrnuje kvantitativní výzkumné šetření mezi rodiči předčasně narozených dětí. Zajímalo mě, jak se cítí rodiče, kterým se narodilo dítě o několik týdnů dříve, jak vnímají své dítě, s jakými pocity vstupují na oddělení nedonošených dětí a jak na ně toto oddělení působí. Dalším cílem šetření bylo zjištění, zda ženy a muži prožívají tuto náročnou životní situaci stejně či nikoliv a co jim nejvíce pomáhá ve vyrovnávání se s předčasným porodem.

Mým návrhem pro praxi je vytvoření letáku pro rodiče, ve kterém rodiče naleznou nejen základní informace, ale i povzbuzení a odkazy na organizace zabývající se problematikou předčasně narozených dětí. Součástí letáku je i podrobný návod s obrázky, jak se dotýkat svého dítěte. Tento leták byl vytvořen na základě mých zkušeností s rodiči nedonošených dětí a je reakcí na opakované dotazy rodičů týkající se fyzického kontaktu s dítětem v inkubátoru. Má posloužit především snazšímu zapojení rodičů do péče o dítě a k získání větší sebejistoty zejména v prvních dnech po porodu.

Dalším doporučením je zavést fotografování dětí ihned po zajištění stavu dítěte, aby mohl lékař již při podávání prvních informací matce darovat fotografii svého dítěte. Domnívám se, že zvláště pro matky je toto nesmírně důležité a pomůže jim to zkrátit nekonečně dlouhé okamžiky, než mohou poprvé spatřit své dítě.

Poznatky z této bakalářské práce budou předány hlavní sestře Ústavu pro péči o matku a dítě a dále předloženy vedoucímu lékaři oddělení a staniční sestře. Má bakalářská práce vzbudila zájem u sester pracujících na resuscitačním oddělení v ÚPMD, proto jsem byla požádána o vytvoření prezentace pro sestry, kde je seznámím s výsledky mého výzkumu.

Ve své práci jsem chtěla poukázat na nutnost komplexního přístupu k celé rodině, především zdůraznit důležitost zaměření pozornosti na rodiče předčasně narozených dětí. Rodiče jsou vystavováni obrovskému stresu způsobeného předčasným porodem, strachem o své dítě, strachem z nejbližší i vzdálené budoucnosti. Měli bychom si uvědomit, že oddělení, na kterém je nedonošené dítě umístěno, se stává často i na mnoho týdnů druhým domovem nejen pro dítě, ale i pro rodiče. A právě komunikace založená na důvěře, citlivý a empatický přístup a podpora rodičů ze strany ošetřujícího týmu může alespoň částečně napomoci lepšímu prožívání tohoto nelehkého období.

Snahou všech lékařů a sester pracujících v neonatologii by mělo být navození pozitivního myšlení rodičů a podpora k co nejčastějšímu kontaktu s dítětem, aby mohla být navázána pevná vztahová vazba mezi rodiči a jejich dítětem. Protože každé dítě, i když váží třeba jen 500 gramů, potřebuje mámu a tátu, kteří mu budou věřit, budou tu vždy pro něj a budou ho milovat.

Závěrem bych chtěla citovat vzkaz pro rodiče ze serveru Babyklokanci:

*„Mámo, táto, **JÁ** jsem tady!! Jsem bojovník!*

Zdravotníci nasadili maximální úsilí, aby mi v mém boji pomohli.

Já potřebuji hlavně vaši pomoc, Vaši víru, Vaše odhodlání se mnou vítězit!“

(<http://babyklokanci.blogspot.cz/>)

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Knižní zdroje a časopisy:

1. BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
2. BRISCH, Karl Heinz. *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 311 s. ISBN 978-80-7367-870-8.
3. BRODSKY, Dara and Mary Ann OULLETTE. *Primary Care of the Premature Infant*. 1st ed. Philadelphia: Saunders, 2008, 319 s. ISBN 13: 978-1-4160-0039-6.
4. DOKOUPILOVÁ, Milena. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
7. HANUŠČÁKOVÁ, Petra. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 10, s. 52-53. ISSN 1210-0404.
8. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
9. JANÍKOVÁ, M., Y. LUCKÁ a P. HUGHES. Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí. *Neonatologické listy*. 1999, roč. 5, č. 4, s. 173-176. ISSN 1211-1600.
10. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

11. KOPASOVÁ, Eva. Masáže jako dotek motýla. *Porozumění: Příloha časopisu Florence*. 2008, roč. 1, č. 3, s. 12-13. ISSN 1801-464X.
12. KOTEROVÁ, Kateřina. Předčasný porod. *Moderní babičtví: Odborný časopis určený specializaci gynekolog, porodník, porodní asistentka*. 2008, č. 15, s. 3-9. ISSN 1214-5572.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, 135 s. ISBN 978-80-7195-405-7.
14. KVETŇANSKÝ, Richard. *Stress, neurotransmitters, and hormones: neuroendocrine and genetic mechanisms*. Boston, Mass.: Blackwell Publishing on behalf of the New York Academy of Sciences, 2008, xiv, 570 p. ISBN 978-1-57331-692-7.
15. MAGUROVÁ, Dagmar. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 5, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
16. MARKOVÁ, Daniela. Komplexní pohled na nezralého novorozence v ordinaci praktického dětského lékaře. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře: Neonatologie, příloha Postgraduální medicíny*. 2007, roč. 9, č. 6, s. 25-32. ISSN 1212-4184.
17. McGUIRE, William and Peter W FOWLIE. *ABC of Preterm Birth*. 2nd ed. Malden, Mass.: BMJ Books/Blackwell Pub., 2009, 56 p. ISBN 13: 978-0-7279-1763-8.
18. MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 172 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
19. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., [64] s. obr. příl. ISBN 978-80-7436-014-5.
20. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

21. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3373-9.
25. SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 107 s. ISBN 978-80-7287-141-3.
26. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
27. VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. 123 s. ISBN 978-80-7368-757-1.
28. WALTER, Bruno a Heidi VELTEN. *Masáže kojenců*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 124 s. ISBN 978-80-247-2739-4.

Internetové zdroje:

29. ANDĚLOVÁ, Tereza. *Pocity a potřeby žen po předčasném porodu. [Feelings and needs of women after premature birth]*. Brno, 2009. 45s., 3 přílohy. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce Pavlíková, Eva. [online]. [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/145618/fss_b/bakalarka-final.pdf

30. BĚLOHLÁVKOVÁ, Hanka. Blahodárné motýlí masáže. *Moje Betyňka* [online]. Praha, 7. 5. 2010 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.mojebetynka.cz/dite-je-na-svete/miminko/blahodarne-motyli-masaze>
31. *Cpapík.cz* [online]. Praha, 2008, 2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.cpapik.cz/>
32. HOVORKOVÁ, L. *BabyKlokánci: Podpora pro rodiny s předčasně narozenými a nemocnými novorozenci* [online]. 2010, 2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://babyklokanci.blogspot.cz/>
33. JIRÁSKOVÁ, Vlasta. Klokánkování - zahřát nedonošené dítě na svém těle. *AZrodina* [online]. 2007, 2013 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2357-klokankovani-zahrat-nedonosene-dite-na-svem-tele>
34. *Nedoklubko* [online]. 2002, 2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/o-nas/>
35. Pediatrie. *Ústav pro péči o matku a dítě* [online]. 2004, 2013 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-20>
36. PŘIKRYLOVÁ, Lucie. Pomoc rodičům. *Nedonošenci* [online]. 2011 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.cz/p/pomoc-rodicum.html>
37. ŘEŽÁBKOVÁ, Eva. *Neobed - pelíšky pro novorozence a předčasně narozené děti* [online]. 2012 [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.neobed.cz/fotogalerie/>
38. TĚŠÍNSKÁ, Z. Bonding? Bonding!. *Rodina.cz* [online]. 8. 4. 2011 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek8238.htm>

Seznam zkratek

ACTH – adrenokortikotropní hormon, produkováný hypofýzou

BPD – bronchopulmonální dysplázie

CPAP – continuous positive airway pressure – podpora dýchání u spontánně dýchajícího pacienta ke zvýšení funkčního reziduálního objemu v plicích

CRH – kortikotropin releasing hormon, spouštěcí hormon

č. – číslo

FN Motol – Fakultní nemocnice Motol

HELLP syndrom – stav těžké preeklampsie s hemolýzou, elevací jaterních testů a trombocytopenií (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets)

IgA – imunoglobulin A

INSURE - intubace-surfaktant-extubace

JIP – jednotka intenzivní péče

klinika 1. LF UK a VFN – klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice

např. – například

NEC – nekrotizující enterokolitida

RDS – syndrom respirační tísně (Respiratory Distress Syndrome)

resp. – respektive

ROP – retinopatie nedonošených

tj. – to je

tzv. – takzvaný

ÚPMD – Ústav pro péči o matku a dítě

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Týden těhotenství

Tabulka č. 3 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem

Tabulka č. 3. 1 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem dle pohlaví

Tabulka č. 4 Současný psychický stav

Tabulka č. 4. 1 Současný psychický stav dle pohlaví

Tabulka č. 5 Vztah s manželem / partnerem (kou)

Tabulka č. 5. 1 Vztah s manželem / partnerem (kou) dle pohlaví

Tabulka č. 6 Pomoc a podpora rodičů

Tabulka č. 6. 1 Pomoc a podpora rodičů dle pohlaví

Tabulka č. 6. 2 Další podpora

Tabulka č. 7 Spokojenost s množstvím informací o stavu dítěte

Tabulka č. 8 Důvěra v ošetřující tým

Tabulka č. 9 Působení personálu na respondenty

Tabulka č. 10 Svěřování se rodičů ošetřujícímu týmu

Tabulka č. 11 Reakce personálu na starosti respondentů

Tabulka č. 12 Důvod nesvěření se personálu

Tabulka č. 12. 1: Ostatní důvody nesvěření se personálu

Tabulka č. 13 Vnímání prostředí oddělení

Tabulka č. 14 Pozitivum na oddělení

Tabulka č. 15 Negativum na oddělení

Tabulka č. 16 Návrh pomoci

Tabulka č. 16.1 Návrh pomoci dle pohlaví

Tabulka č. 17 Vzkaz rodičů ošetřujícímu týmu

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 Týden těhotenství

Graf č. 3 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem

Graf č. 3. 1 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem - ŽENY

Graf č. 3. 2 Převažující pocity při prvním kontaktu s dítětem - MUŽI

Graf č. 4 Současný psychický stav

Graf č. 4. 1 Současný psychický stav - ŽENY

Graf č. 4. 2 Současný psychický stav - MUŽI

Graf č. 5 Vztah s manželem / partnerem (kou)

Graf č. 5. 1 Vztah s manželem / partnerem – ŽENY

Graf č. 5. 2 Vztah s manželkou / partnerkou – MUŽI

Graf č. 6 Pomoc a podpora rodičů

Graf č. 6. 1 Pomoc a podpora rodičů – ŽENY

Graf č. 6. 2 Pomoc a podpora rodičů - MUŽI

Graf č. 7 Spokojenost s množstvím informací o stavu dítěte

Graf č. 8 Důvěra v ošetřující tým

Graf č. 9 Svěřování se rodičů ošetřujícímu týmu

Graf č. 10 Důvod nesvěření se personálu

Graf č. 10. 1: Ostatní důvody nesvěření se personálu

Graf č. 11 Vnímání prostředí oddělení

Graf č. 12 Pozitivum na oddělení

Graf č. 13 Negativum na oddělení

Graf č. 14 Návrh pomoci

Graf č. 14.1 Návrh pomoci z pohledu žen

Graf č. 14.2 Návrh pomoci z pohledu mužů

Graf č. 15 Vzkaz rodičů ošetřujícímu týmu

Seznam příloh

Příloha A Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha B Dotazník pro rodiče

Příloha C Skóre podle Baumgartena

Příloha D Apgar skóre

Příloha E Pelišky Neobed

Příloha F Prostředí resuscitačního oddělení ÚPMD Podolí

Příloha G Skutečný příběh rodičů

Příloha H Doporučení pro resuscitaci a zahájení intenzivní péče

Příloha I Leták pro rodiče

